

214

LA SCROFULE

ses Rapports avec la Tuberculose
et avec la Syphilis

THÈSE

Présentée et soutenue devant la Faculté de Médecine

PAR

PIERRE LONJUMEAU

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Né le 4 Avril 1894, à Montsauche (Nièvre)

Président : M. le Professeur EMILE SERGENT

PARIS
AU COMMERCE DES IDÉES
26, Boulevard Saint-Michel

1929

LA SCROFULE

ses Rapports avec la Tuberculose et avec la Syphilis

THÈSE

Présentée et soutenue devant la Faculté de Médecine

PAR

PIERRE LONJUMEAU

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Né le 4 Avril 1894, à Montsauche (Nièvre)

Président : M. le Professeur EMILE SERGENT

PARIS
AU COMMERCE DES IDÉES
26, Boulevard Saint-Michel

1929

DU MÊME AUTEUR

— L'arthrite rhumatismale chronique non senile de la hanche (morbus coxae Juvenilis, coxarthrie). Bulletin médical 26-29 Avril 1922). En collaboration avec M. André Léri.

— Traitement du bubon chancrelleux par l'injection intra-ganglionnaire d'un vaccin polymicrobien (Gazette des Hôpitaux, 14-16 Juillet 1925). En collaboration avec M. Louis Fournier.

— Chancres syphilitiques de la gencive (Société de Stomatologie 1925). En collaboration avec M. Puig.

— Un cas d'exophtalmie avec paralysie de la III^e paire au cours d'une sinusite sphénoïdale suppurée (Revue d'oto-neuro-oculistique, 1926, p. 262-266). En collaboration avec M. Halphen.

— Ossification de la faux du cerveau (B. de la Société de Neurologie, 1926). En collaboration avec M. André Léri.

— Pachybrachymélie et spina bifida occulta (Soc. Médicale des Hôpitaux, 1926). En collaboration avec M. André Léri.

— Arthritisme et Rhumatismes chroniques (Rapport du congrès de l'arthritisme à Vittel. Journal médical français, Mai 1927). En collaboration avec M. André Léri.

— La lombalisation de la première pièce du sacrum (Revue médicale universelle Juillet-Août 1927). En collaboration avec M. André Léri.

— Tumeur lymphatique en cuirasse du cou avec télangiectasie et tumeurs de généralisation (Bulletin de la Société française de Dermatologie et syphiligraphie — Décembre 1927). En collaboration avec M. Milian.

— Leucoplasie et mélanose jugales (Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie — Février 1929).

— Déformations osseuses de type particulier (Bulletins et mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris — 29 Novembre 1928). En collaboration avec M. Babonneix.

— Articles: Prurit vulvaire, Herpes vulvaires, Eczéma vulvaire, Diabétides vulvaires: in Encyclopédie Médico-chirurgicale (Gynécologie) (sous presse).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen M. ROGER

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	LECENE.
Pathologie chirurgicale	ROUSSY.
Anatomie pathologique	PRENANT.
Histologie	TIFFENEAU.
Pharmacologie et matière médicale	LOEPER
Thérapeutique	TANON.
Hygiène	BALTHAZARD.
Médecine légale	MENETRIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	RATHERY.
Pathologie expérimentale et comparée	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
Clinique médicale	{
	{ MARFAN.
	{ NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des mala-	GUILLAIN.
dies de l'encéphale	TEISSIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ DELBET.
Clinique des maladies du système nerveux.	{ HARTMANN.
Clinique des maladies infectieuses	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique chirurgicale	{ TERRIEN.
	{ LEGUEU.
Clinique ophtalmologique	{ BRINDEAU.
Clinique urologique	{ COUVELAIRE.
	{ JEANNIN.
Clinique d'accouchements	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologie	OMBREDANNE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique médicale	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique	L'UVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	BRANCA.
Professeur sans chaire	Léon BERNARD.
Phtisiologie	VILLARET.
Hydrologie	

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIERE.
Pathologie chirurgicale	BROCO
Histologie	BRANCA.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Physique	DOGNON
Pathologie médicale	DONZELOT
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ECALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	QUENU
Physiologie	RICHTET Fils
Dermatologie et syphiligraphie	SEZARY
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique.....	DEMELIN
Obstétrique.....	LEQUEUX
Histologie	RETTERRER.
Pathologie médicale	TANON.
Physique.....	ZIMMERN

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER
Clinique médicale, infantile	LEREBoullet.
Clinique médicale	LERI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBART.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront pré-
sentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs
et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

Bien faible hommage de mon affection et de ma reconnaissance.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES CAMARADES DE COMBAT

Morts au champ d'honneur.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur EMILE SERGENT

Professeur de Clinique propédeutique à la Faculté

Médecin de l'Hôpital de la Charité

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui m'a inspiré ce travail et prodigué son admirable enseignement.
Qu'il veuille bien accepter ce témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon respectueux dévouement.*

A MON MAITRE

M. le Docteur MILIAN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Je ne saurais oublier ses passion-
nantes leçons qui m'ont été d'un
si grand secours pour mener à
bien ce travail. Qu'il reçoive ici
le témoignage de mon attachement
fidèle et respectueux.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage:

1920 — M. le Docteur W. GETTINGER (in memoriam).

Externat:

1921 — M. le Docteur RAVAUT.

1921 — M. le Professeur agrégé CHEVASSU.

1923 — M. le Professeur agrégé BASSET.

Internat provisoire:

1922 — M. le Docteur PISSAVY.

1922 — M. le Professeur agrégé André LÉRI.

1924 — M. le Professeur agrégé ABRAMI.

1924 — M. le Docteur MILHIT.

Internat:

1925 — M. le Docteur Louis FOURNIER.

1925 — M. le Docteur G. LION.

1926 — M. le Professeur agrégé BAUDOUIN.

1926 — M. le Professeur agrégé André LÉRI.

1927 — M. le Docteur MILIAN.

1928 — M. le Professeur E. SERGENT.

1928 — M. le Docteur BABONNEIX.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

MM. les Docteurs FERRAND et L. LESOURD

INTRODUCTION

Il n'est rien de plus intéressant, aussi bien au point de vue philosophique qu'au point de vue purement scientifique, que de suivre à travers les siècles l'évolution d'une Idée générale ou d'une grande Doctrine.

L'histoire de la Scrofule, type même de l'ancienne diathèse, est, en ce sens, l'une des plus passionnantes de la Pathologie. Tantôt occupant une place dominante de la médecine, tantôt brusquement déchu au gré de quelque nouvelle théorie, la Scrofule mérite-t-elle de subsister ? N'est-ce qu'un mot sans signification ou répond-elle encore à quelque chose de réel ?

Telle est la question à laquelle nous nous sommes efforcés de répondre dans ce modeste travail. Dessein bien simple, en apparence, trop ambitieux encore, en réalité, que nous n'aurions jamais osé entreprendre si nous n'avions eu pour nous encourager et débayer notre chemin les précieux conseils de notre maître, M. le Professeur E. Sergent, qui exprimait, il y a plus de vingt ans, sur ce même sujet, des idées qui sont aujourd'hui plus neuves que jamais.

HISTORIQUE

La diversité de nos opinions ne vient pas de ce que les unes sont plus raisonnables que les autres, mais seulement de ce que nous conduisons nos pensées par diverses voies et ne considérons pas les mêmes choses.

(MONTAIGNE)

La scrofule semble avoir été connue de toute antiquité, au moins sous la forme de l'adénite cervicale dont Hippocrate a montré la fréquente association avec les manifestations osteo-articulaires que nous rattachons actuellement à la tuberculose.

Mais, ignorant l'existence des vaisseaux lymphatiques, les premiers auteurs qui se sont occupés de la question, considèrent la scrofule comme une maladie purement locale: Hippocrate et Celse l'envisagent comme une affection primitive du cou. Galien, cependant, entrevoit la possibilité d'une origine secondaire de l'adénopathie.

Peu à peu, le domaine de la scrofule s'étend, gagne des territoires ganglionnaires superficiels les glandes plus profondes: Guy de Chaulieu va jusqu'à admettre l'origine ganglionnaire profonde d'une adénopathie superficielle.

Fernel, Baillon, Mercuriales, Fabrice d'Aquapendente, Severinus s'adonnent à son étude, indiquant l'envahissement possible de tout le système glandu-

laire. Plater parle même d'hérédité, de maladie générale.

En 1622, la découverte du système lymphatique par Aselli oriente vers une nouvelle voie la conception de la scrofule. Elle devient, dès lors, pour la majorité des auteurs, Bonnet, Astruc, Morgagni, en particulier, une maladie générale de la fonction lymphatique. On voit même Wharton envisager l'origine tuberculeuse possible de l'affection et discuter, comme Astruc, d'ailleurs, de ses rapports avec la syphilis.

Les recherches sur l'étiologie et la pathologie de la scrofule vont dès lors se succéder, nombreuses. Col de Vilars accuse le mercure d'en être la cause. Pour Boerhaave, c'est l'acidité des humeurs. Dubois incrimine le mode d'alimentation. Quesnay l'infection putride. Russel baptise la scrofule « *tabes glandulaire* », l'attribue au passage du pus dans le sang et préconise la cure marine comme moyen de traitement.

Le problème de la scrofule semble toujours si important et si peu résolu, malgré l'abondance des études dont elle a fait l'objet, que l'Académie Royale de Chirurgie, met au concours, en 1759, la question suivante: « Déterminer les caractères des tumeurs scrofuleuses, leurs signes, leur cure ».

Parmi les mémoires présentés qui sont susceptibles de retenir l'attention, il faut mentionner celui de Faure qui attribue les écrouelles à la voracité, la malpropreté et le manque d'hygiène; celui de Borden qui croit à la contagion possible de la maladie,

affection générale, à son avis, et qu'il traite à Bârege par le mercure (traitement de choix, également pour J.L. Petit) ; celui de Charmetton qui fait de la scrofule une maladie de la lymphe et croit à la possibilité de la contagiosité des écrouelles.

Cette notion de contagion est particulièrement importante, puisqu'il faut arriver à Pinel, Hallé, Richeron, Martin et Lepelletier pour ne plus voir le scrofuleux isolé à l'égal d'un lépreux.

Une bonne étude de la scrofule est celle qu'en fait Sauvages ; il en décrit plusieurs variétés, en rapproche le Rachitisme et déjà entrevoit la tuberculose osseuse. C'est à peu près en même temps que Renard, traitant des écrouelles, envisage leur relation avec la phtisie et la puberté.

Cullen, bientôt après, étudie tout spécialement les impetigines dans leurs rapports avec la scrofule et le Rachitisme.

Puis, le domaine de la scrofule s'élargit de plus en plus, et l'on s'inquiète des causes mêmes de la maladie. Lalouette, comme plus tard Guersant qui devait reprendre ses idées, fait rentrer la gourme dans le cadre de la scrofule et White, bien que s'élevant contre la notion de contagion, lui rattache la phtisie et le carreau. L'un et l'autre insistent sur le rôle important que joue la misère comme facteur prédisposant.

Kortum, à la suite d'un certain nombre d'essais expérimentaux, conclut aussi que la scrofule n'est pas contagieuse. Il y rattache certaines formes de

tuberculose générale et osseuse dont il donne une assez bonne description.

Hufeland insiste sur le facteur important de la scrofule qui est la malpropreté, Hardy établit la notion de la scrofule viscérale, et nous voyons la plupart des maladies cutanées et un grand nombre d'affections tuberculeuses considérées par les auteurs comme des variétés de la maladie scrofuleuse.

Le rôle possible de la syphilis dans la genèse de scrofule n'est pas non plus perdu de vue, et Alibert, dans sa monographie des dermatoses écrivait : « Si les personnes ont été longtemps tourmentées par la maladie syphilitique et ont négligé les soins convenables à leur guérison, il est rare que leur descendance ne soit pas infectée d'une maladie qui a tous les caractères du vice scrofuleux ».

De même, Devergie, dans son *Traité pratique de maladie de la peau* dit : « Cette cause, nous la regardons comme étant complexe — elle est à la fois scrofuleuse et syphilitique : c'est une transformation par hérédité de la syphilis en la scrofule, et à la quelle la syphilis ne reste pas étrangère, de sorte que si elle n'est pas combattue, on ne détruit pas la maladie. On sait qu'à cet égard, plusieurs praticiens pensent que la syphilis constitutionnelle est l'origine de la scrofule et qu'elle se transforme en cette maladie. Nous ne sommes pas aussi explicites à cet égard, mais nous admettons que des parents qui ont eu des accidents syphilitiques dont ils n'ont jamais été parfaitement guéris, au moins quant à la cause première, peuvent transmettre à leurs enfants,

d'une part, cette cause, ce virus plus ou moins modifié, et, si le tempérament de l'enfant le dispose à la scrofule, il en résulte une maladie de forme composée, dérivant de la scrofule et de la syphilis ».

Enfin, Wilson et Jordan considèrent la scrofule comme un rejeton ou une transformation de la syphilis.

Il est un nom qui domine toute l'histoire de la scrofule à cette époque, c'est celui de Bazin. Rassemblant tous les travaux épars, il expose au cours de nombreuses leçons et d'importantes monographies la conception qu'il se fait de la scrofule, maladie constitutionnelle qu'il rattache à la tuberculose et oppose à l'arthritisme, à la syphilis, à la dartre ou herpétis. L'œuvre de Bazin constitue, suivant le mot de Gastou, le « pivot » de l'étude de la scrofule, et pour cette raison, nous nous devons de la résumer brièvement.

Après avoir défini la maladie constitutionnelle « maladie aigue ou chronique, pyretique ou apyretique, continue ou intermittente, ordinairement à longues périodes, contagieuse ou non contagieuse caractérisée par un ensemble de produits morbides et d'affections variées, sévissant indistinctement dans tous les systèmes organiques (peau, tissu sous-cutané, systèmes osseux ou fibreux, viscères) », Bazin décrit à la scrofule quatre périodes.

Celles-ci sont d'ailleurs précédées de prodromes tant physiques que psychiques qui réalisent la « constitution scrofuleuse ou écouelleuse » : exagération ou diminution des forces organiques, bouli-

mie ou inappétence, qualité de l'esprit ou idiotie, aplatissement antéro-postérieur de sternum avec projection en avant, déformation primitive des phalanges unguéales en baguette de tambour, hypertrophie du corps thyroïde, etc...

1°) *La première période* survient surtout au cours de la seconde enfance. Elle est caractérisée par des « affections superficielles du système tégumentaire : éruptions cutanées et affections muqueuses catarrhales, accompagnées d'un engorgement le plus souvent sympathique, parfois inflammatoire des ganglions qui se trouvent compris dans la sphère d'action des parties affectées ». Bazin divise ces accidents en :

a) Scrofulides cutanées superficielles primitives bénignes qui comprennent les affections erythémateuses (engelure, erythème induré, couperose), la scrofule boutonneuse (strophulus, lichen erythème papuleux, acné) et la scrofule exsudative (gourme ou pseudo-teignes).

b) Scrofulides des membranes muqueuses, c'est-à-dire, scrofulides catarrhales (catarrhe scrofuleux de la conjonctive, coryza scrofuleux, catarrhe auriculaire, angine catarrhale scrofuleuse, catarrhe scrofuleux génito-urinaire, bronchites répétées avec toux grasse et dyspnée), scrofulides éruptives (impetigo des muqueuses, conjonctivites, keratives, lupus).

c) Ecrouelles ou engorgement ganglionnaire, écrouelles ganglionnaires et écrouelles cellulaires.

2°) *La deuxième période* ne comprend encore que des lésions tégumentaires, mais elle sont plus pro-

fondes que celles de la période précédente, laissant après elles des cicatrices indélébiles.

Cette période comporte :

a) des scrofulides érythémateuses : lupus érythémateux et lupus tuberculeux ;

b) des scrofulides tuberculeuses, impetigo rodens de Bateman, scrofulides pustuleuses de Hardy, lupus simple ou avec hypertrophie, molluscum.

c) des scrofulides ulcéro-croûteuses : inflammatoires ou fibro-plastiques ou lupus térébrant.

3°) *A la troisième période* Bazin rattache les affections articulaires et osseuses telles que : abcès froid, périostites, ostéites, tumeurs blanches, carries, nécroses, hyperostoses, spina ventosa, mal de Pott.

Des troubles plus ou moins marqués de l'état général accompagnent ces accidents locaux : anémie, amaigrissement, diarrhée, albuminurie, parfois suivis de mort.

4°) *La quatrième période* est celle des affections parenchymateuses et viscérales, puisqu'on y trouve les accidents suivants : engorgement scrofuleux des mamelles, du testicule, péricéphalite scrofuleuse (tuberculose aigue généralisée) méningite scrofuleuse, péritonite, pleurésie, infiltration et dégénérescence graisseuse du foie, néphrite albumineuse, catarrhe scrofuleux des bronches, phtisie scrofuleuse, catarrhe scrofuleux intestinal, carreau, encéphalopathie scrofuleuse.

Ainsi donc, pour Bazin, les limites de la scrofule sont des plus étendues, puisque commençant aux der-

matoses diathésiques ou microbiennes, elle s'étend jusqu'aux tuberculoses locales ou générales.

Cette extension même de la scrofule devait amener une réaction contre la conception de Bazin, réaction que provoquèrent les progrès de l'anatomie pathologique et la découverte du bacille de Koch.

Mais l'accord est encore loin de se faire sur la façon de concevoir la scrofule.

Pour certains auteurs, comme Cornil, la scrofule doit être distinguée de la tuberculose bien qu'il y ait entre les deux maladies un certain degré de parenté, de communauté d'origine.

Pour d'autres, tels que Graves la tuberculose est de la scrofule ; pour certains, enfin (Friendländer) la scrofule n'existe pas, il n'y a que de la tuberculose.

En somme, comme le font remarquer Langlois, Gastou, on peut opposer deux doctrines, celle des dualistes qui admettent l'existence des deux maladies scrofule et tuberculose, et celle des unicistes qui ne reconnaissent que la tuberculose dans laquelle ils font rentrer la scrofule. Les uns et les autres apportent à l'appui de leur thèse des arguments qu'il nous faut rappeler.

Pour les dualistes, au nombre desquels, avec Bazin, on compte Hardy, Pidoux, Rindfleisch, Virchow, Lebert, Cornil, Grancher, Legendre, de Genes, la scrofule constitue un terrain particulier sur lequel se développera la tuberculose.

Avant la découverte du bacille de la tuberculose, diverses raisons sont mises en avant par les auteurs

pour expliquer la différence de nature entre les deux maladies.

La scrofule est due, pour Rindfleisch, à une disproportion de la masse sanguine avec le poids du corps, et à une anomalie de développement des tissus.

Ce qui caractérise la scrofule, pour Virchow, c'est le développement anormal du système lymphatique, la fragilité particulière des tissus, des ganglions surtout, et la caducité précoce des cellules des néoformations inflammatoires.

C'est sur l'étude histologique des ganglions que Cornil base la différence qu'il fait entre la scrofule et la tuberculose. Voici en quels termes il oppose l'un à l'autre le ganglion scrofuleux et le ganglion tuberculeux :

« *Ganglions scrofuleux.* A une période peu éloignée de l'altération ganglionnaire dans la scrofule, la surface du ganglion est lisse, il n'a pas encore contracté d'adhésion avec le tissu voisin, son volume n'est pas considérable ; sa surface de section est grise ou gris rosé, ou un peu jaunâtre et opaque. Sa consistance est plutôt molle que dure. Les cellules obtenues par le raclage sont : 1° des cellules lymphatiques généralement granuleuses, transformées même en de petits corps granuleux, au centre desquels existe un gros noyau sphérique ou ovoïde ; 2° des cellules volumineuses contenant un grand noyau ovoïde et un protoplasma granuleux avec des granulations protéiques ou graisseuses.

« En examinant une section obtenue après dur-

cissement par le séjour pendant 24 heures dans l'acide picrique ou par le liquide de Müller, la gomme et l'alcool, on voit tout d'abord que la capsule du ganglion est épaissie: les tractus fibreux qui, de la capsule se dirigent vers le hile sont notablement épaissis, forment des bandes plus ou moins larges, dans lesquelles cheminent des vaisseaux sanguins pleins de sang et quelques vaisseaux lymphatiques remplis de cellules. Ces grandes cloisons limitent des ilots ayant 2 ou 3 millimètres de diamètre, et de ces cloisons principales des tractus conjonctifs pénètrent dans les ilots en suivant la direction des vaisseaux, suivant des figures variées.

« On peut avoir une très bonne idée générale de cette dissociation de la substance réticulée folliculaire des ganglions en examinant des préparations à un faible grossissement. La substance réticulée est en effet opaque, tandis que les bandes de tissu conjonctif qui la pénètrent et la dissocient sont plus claires...

« Cette dissociation du tissu réticulé du ganglion en une quantité considérable de tous petits ilots entourés de tissu fibreux et les lésions de ce tissu réticulé lui-même constituent la caractéristique du ganglion arrivé à son summum d'hypertrophie strumense. »

« Ces ilots sont constitués par un reticulum dont les fibrilles sont plus molles, plus épaissies, plus grêues et plus faibles que les fibres du tissu réticulé des follicules. Au bord des fibrilles, lorsqu'on les examine à un fort grossissement, on voit de petites

granulations et leur surface est grenue. Ce sont des fibrilles de tissu réticulé, imbibées, tuméfiées et ramollies. Les mailles qu'elles forment sont beaucoup plus larges qu'à l'état normal, et ces mailles enserrèrent les grosses cellules granulo-graisseuses, à noyau ovoïde, que nous venons de décrire. Dans les points où les cellules ont été tout à fait chassées par l'action du pinceau, il reste encore quelques granulations graisseuses provenant de vestiges du protoplasma, des cellules accolées aux fibrilles du reticulum... Le petit ilot opaque étudié à sa périphérie fait corps avec le tissu plus dense qui l'entoure. Les fibrilles tuméfiées et grenues se continuent directement avec les fibrilles plus denses, à bord bien net, du tissu périphérique... Sur ces préparations qu'on peut faire extrêmement minces, on observe dans les ilots qui deviennent caséeux les figures qui ont été décrites par Schüppel et par beaucoup d'autres auteurs après lui, comme des cellules géantes. Ce sont de petits champs arrondis, grenus et jaunâtres à leur centre, offrant à leur périphérie une zone de noyaux ronds ou ovoïdes, colorés en rouge, et quelquefois aussi au milieu de la figure des noyaux ronds également colorés. Leur bord laisse souvent entre eux et le tissu périphérique une fente, et, en dehors d'eux, il est généralement facile de s'assurer qu'il y a presque toujours une paroi vasculaire bien nette.

« Ces oblitérations de vaisseaux et les « cellules géantes » se rencontrent en assez grand nombre dans les ganglions strumeux arrivés à un état caséeux encore plus avancé. Elles sont tardives dans la scro-

fule ganglionnaire, tandis que nous verrons qu'elles sont hâtives et se rencontrent tout au début dans la tuberculose vraie des ganglions.

« ... Sur des sections minces examinées au microscope, on peut suivre peu à peu les modifications des ilots devenus caséeux. C'est d'abord à l'oblitération des capillaires qui y sont contenus, puis à l'atrophie, à l'état grenu des cellules emprisonnées dans les mailles du réticulum. Lorsque la circulation ne se fait pas dans un d'eux, il se produit un petit espace vide ou une séparation incomplète à sa périphérie entre le tissu fibreux des travées et d'ilot.

« Cette altération consiste essentiellement dans une inflammation chronique du tissu conjonctif et des cellules lymphatiques dans l'épaississement fibreux et la formation de bandes de tissu conjonctif qui parcourent le ganglion, en dissociant, en isolant des ilots du tissu réticulé dont le réticulum et les cellules sont eux-mêmes altérés. Consécutivement à ce processus très lent, la circulation se ralentit et se supprime dans les ilots qui deviennent caséeux... L'état caséeux et l'induration scléreuse sont les derniers termes de l'évolution de la lésion ».

Cornil s'efforce ensuite d'opposer à cette description celle du ganglion tuberculeux. Il le fait dans les termes suivants :

« *Ganglion tuberculeux.* Il existe une inflammation des tissus lymphatiques qui se dilatent, se remplissent de cellules lymphatiques et dont les cellules endothéliales de revêtement deviennent globuleuses.

« Les tubercules qui sont les analogues des mêmes productions des autres organes ne se montrent que très difficilement à l'œil nu, car ils sont très petits. Aussi lorsqu'on voit ces néo-formations à l'œil nu, a-t-on affaire à des tubercules conglomérés et déjà opaques à leur centre... Le tissu des tubercules se continue directement et sans qu'il y ait délimitation nette avec le tissu réticulé fin du ganglion, ou, pour mieux dire, le tubercule n'est autre chose que le tissu réticulé persistant dans lequel les cellules lymphatiques du centre de l'ilot sont modifiées, en même temps que les vaisseaux de l'ilot sont oblitérés et imperméables à la circulation, de telle sorte que la nutrition de tout le territoire cellulaire est nulle... En étudiant un ilot tuberculeux avec un fort grossissement, on voit que les cellules lymphatiques qui composent son centre sont très rapprochées les unes des autres et qu'elles offrent entre elles une certaine cohésion; les fibrilles du réticulum sont à peine visibles, minces et grenues; le réticulum et les cellules sont unis. Les cellules lymphatiques se colorent uniformément en rose par le picro-carmin et elles n'ont pas de noyau distinct; elles ont une semi-transparence, bien qu'elles présentent dans leur protoplasma de très fines granulations graisseuses. Elles ont, en un mot, subi la dégénérescence atrophique et caséuse des cellules du centre du tubercule. Les cellules de la périphérie du tubercule sont, au contraire, des cellules normales au milieu d'un tissu réticulé semblable au tissu réticulé fin non altéré du voisinage. Nous n'admettons

nullement l'opinion de Schüppel qui croit que la tuberculose débute par une cellule géante et qui fait naître les éléments nouveaux de la granulation tuberculeuse de la prolifération des noyaux du tissu réticulé.

« On voit combien les tubercules de ganglions différerait peu du tissu réticulé voisin, si nous n'avions pas comme élément distinctif très important les altérations des vaisseaux.

« L'oblitération des artérioles, des veinules du tissu réticulé envahi est, en effet, absolument constante dès le début et dans toute partie suspecte d'appartenir à un nodule tuberculeux.

Et Cornil de conclure :

« Pour le lecteur qui a suivi attentivement les descriptions que nous avons faites successivement de l'une et de l'autre, il est de toute évidence que les lésions tuberculeuses des ganglions et l'adénite scrofuleuse sont des processus différents, bien que leur terminaison par l'état caséeux soit la même. Dans la scrofule, en effet, les ganglions sont très volumineux tandis que dans la tuberculose ils restent petits ou ne présentent que très rarement un grand développement. Dans la tuberculose, au début, les voies lymphatiques et les tissus péri-folliculaires sont le siège d'une inflammation très évidente et constante, caractérisée par l'accumulation de nombreuses cellules d'un volume assez considérable dans leur intérieur : c'est une sorte d'inflammation catarrhale. Dans la scrofule au début, rien de semblable ; on a

affaire alors à une formation nouvelle de tissu conjonctif, à une adénite interstitielle.

« Les productions ou formes caractéristiques de la période d'état sont, dans la tuberculose, des tubercules, c'est-à-dire des petits ilots formés de petites cellules rondes pressées les unes contre les autres, devenant rapidement caséeuses, à leur centre, c'est-à-dire, perdant leur noyau, devenant semi-transparentes, granuleuses, cohérentes les unes aux autres, en même temps que dès le début les vaisseaux sanguins sont oblitérés.

« Dans la scrofule, la forme spéciale de la lésion de la période d'état consiste dans l'isolement, par le tissu conjonctif de nouvelle formation de petits ilots du tissu réticulé, dont les mailles arrondies, limitées par des fibrilles épaissies et molles, contiennent de grandes cellules lymphatiques à noyau ovoïde ou protoplasma granuleux. Ces parties, que nous appelons ilots strumeux, se laissent facilement débarasser de leurs cellules par l'action du pinceau et ils sont réduits à leur tissu réticulé. Dans les tubercules, au contraire, il est impossible de chasser les éléments par le pinceau; les cellules atrophiées font corps avec le réticulum.

« Les ilots strumeux subissent, il est vrai, à un moment donné, une dégénérescence caséeuse, c'est-à-dire que leurs cellules s'atrophient et deviennent grenues en perdant leurs noyaux. Mais cette altération se fait en masse dans tout l'ilot strumeux, et elle est lente à se produire, tandis qu'elle est primitive et rapide dans la tuberculose où elle com-

mence au centre du tubercule. Il en est de même des oblitérations vasculaires qui, dans la tuberculose sont primitives, de la même époque que le début des tubercules, tandis qu'elles viennent tardivement dans les ilots strumeux et dans le tissu conjonctif qui les entoure.

« L'apparition du tissu fibreux sous forme de faisceaux et de petits nodules vient dans la tuberculose longtemps après son début, dans des ganglions atteints de tuberculose chronique, tandis que le tissu conjonctif embryonnaire se développe autour des vaisseaux dès le début de l'adénite scrofuleuse.

« Aussi, en entrant dans le détail histologique des lésions tuberculeuses et scrofuleuses des ganglions, ne pouvons-nous pas admettre l'identité complète de ces lésions, qui est professée par Thaon dans sa thèse de doctorat (1877) et dans un récent article du Progrès Médical. Schüppel, qui donne comme la caractéristique des tubercules les cellules géantes, n'hésite pas à dire que les tubercules se rencontrent toujours dans les ganglions scrofuleux, puisqu'on y trouve aussi des cellules géantes.

« Il est certain que les écrouelles et les tubercules ont un air de parenté par la dégénérescence caséuse qui est leur stade ultime et commun, et par la facilité que possèdent les petites cellules du nodule tuberculeux, aussi bien que les grandes cellules lymphatiques de l'ilot strumeux à cesser de vivre et à devenir granuleuses; mais le début de la lésion et sa période d'état suffisent à établir une distinction

anatomique. La distinction étiologique et clinique n'est pas moins nette ».

Grancher qui rapporte lui-même ce passage de Cornil insiste sur l'étroite parenté qui unit la scrofule et la tuberculose, écrivant même que la scrofule est « une tuberculose atténuée, une tuberculose naissante, une tuberculose au premier degré ». Il s'appuie d'ailleurs, lui aussi, sur l'histologie, pour étayer sa thèse.

« J'ai plus que tout autre insisté, dit-il, sur ce fait que la granulation de Laënnec est un tubercule adulte, qui a passé par des phases embryonnaires et passera par les phases de la vieillesse : caséification ou sclérose.

« Or, dans les phases embryonnaires se rencontrent précisément ces produits que Virchow désignait sous le nom un peu vague de : tissu de granulation, tissu dans lequel Schüppel a surtout étudié les Riesen-Zellen, et Köster un certain groupement de cellules : tubercule primitif. Mais il arrive souvent que, dans le lupus, par exemple, on trouve à côté de follicules tuberculeux assez bien formés d'autres associations cellulaires plus ou moins informes, ou même une simple infiltration dans tous les tissus sous-dermiques de cellules embryonnaires et de cellules géantes, disposées sans ordre précis, sans coordination particulière.

« Eh bien, ce tissu de granulations et ces nodules microscopiques informes ou irréguliers forment manifestement le premier âge de la tuberculose ; c'est d'eux que peut naître la granulation tuberculeuse ou le tubercule pneumonique.

« Mais si le tubercule adulte ne se forme pas, quel nom donner à ces productions anatomiques de nature tuberculeuse, mais de structure et de texture imparfaite? Je propose de désigner sous le nom de scrofulomes ces « tissus de granulations » (Virchow), ces « ilots strumeux » (Cornil), ces « tubercules primitifs » (Köster), qui ne sont certainement pas des inflammations simples, puisqu'elles aboutissent naturellement à la caséification, et qui ne sont cependant pas encore des tubercules parfaits.

« Dénommer et classer ainsi ces processus anatomiques, c'est, à mon avis, le seul moyen de sortir de la confusion qui règne aujourd'hui dans la science sur ce point. C'est faire la part de la tuberculose et de la scrofule, tout en les associant, c'est donner à la clinique une traduction aussi exacte que possible dans le domaine de l'anatomie pathologique; enfin, ce qui vaut mieux encore, c'est être d'accord avec les faits.

« Mon expérience en ces matières me permet d'affirmer en effet que le tubercule est le produit le plus parfait d'un processus anatomique inférieur: inflammation chronique ou tissu de granulation sur un terrain scrofuleux; et toujours, même quand il s'agit d'une tuberculose miliaire aiguë, ce tissu de granulation se retrouve dans les gaines lymphatiques, le long des vaisseaux ou des canaux, et forme ces traînées que j'ai désignées dans ma thèse sous le nom de tubercule infiltré ou tubercule diffus.

« La dégénérescence caséreuse ou la transformation scléreuse les atteint comme le tubercule lui-même et

c'est la meilleure preuve de leur identité de nature.

« Le « tissu de granulation » ou scrofule est donc le générateur du tubercule comme la scrofule de la tuberculose.

« ... Le scrofulome et la tuberculose sont donc séparés par l'âge et le degré de développement ; ils sont réunis par leur tendance commune à la caséification et à la sclérose. Ils ont ainsi, comme les deux diathèses elles-mêmes, leur indépendance sur un terrain commun ».

Car, Grancher reste cependant encore dualiste.

On aurait pu penser que la découverte du bacille de Koch viendrait modifier l'opinion des auteurs. Il n'en est pourtant rien et beaucoup d'auteurs restent dualistes, établissant une distinction entre le terrain scrofuleux et l'infection tuberculeuse qui viendrait secondairement s'y greffer.

C'est, par exemple, l'opinion de Legendre : « Il y a, au début, chez certains enfants une disposition durable, qui rend plus facile et plus fréquent le développement de maladies fluxionnaires, hyperémiques, catarrhales, inflammatoires de la peau, des muqueuses nasale et oculaire, pharyngée et bronchique, de l'amygdale, — maladies qui, par leur répétition et leur tendance de plus en plus marquée à la chronicité, engendrent l'habitus dit scrofuleux, l'épaississement des traits du visage, des ailes du nez et de la lèvre supérieure, etc... Mais dans tout cela il n'y a rien de spécifique ».

« ... Les scrofuleux paient un lourd tribut à la tuberculose ».

Quant à la raison même de la diathèse scrofuleuse, elle reste assez obscure. Elle résulte, pour cet auteur, de tout un ensemble de causes : hérédité directe ou détournée, atavisme, innéité, c'est-à-dire « l'ensemble des conditions qui président à la procréation de l'enfant et influent sur la constitution de ses tissus, comme sur leur future activité nutritive. Un père trop vieux, malade, syphilitique, une mère malade, ayant pendant sa grossesse des hémorragies, des vomissements incoercibles, engendrent souvent des scrofuleux ». La diathèse scrofuleuse peut également être acquise, provoquée par une mauvaise hygiène ou par la maladie au cours des premiers mois de l'existence.

De même, pour de Gennes, la scrofule est un terrain spécial sur lequel évolue avec une grande facilité le bacille de Koch ou d'autres germes morbides produisant des lésions un peu spéciales. Entre le lymphatisme et la scrofule il n'y a qu'une question de degré, le lymphatisme n'étant que la « scrofule sans lésion ».

C'est également l'opinion d'Aviragnet.

Les unicistes, au contraire, soutiennent l'identité de nature de la scrofule et de la tuberculose.

Bien avant la découverte du bacille de Koch, Bristaud défend cette opinion : « Il n'y a pas à arguer, dit-il, d'une différence de constitution ou de processus entre les lésions scrofuleuses et les lésions tuberculeuses pour conclure à l'existence de deux diathèses. Le néoplasme tuberculeux et le néoplasme scrofuleux sont une seule et même chose, et ce qu'on a

vu chez le scrofuleux aussi bien que chez le phtisique, c'est la tuberculose ».

Il discute la façon dont la tuberculisation survient au cours de la scrofule qui lui semble surtout réaliser un terrain favorable au développement de la tuberculose.

« Toutes les formes de scrofule grave, écronelles ganglionnaires, écronelles cellulaires, lupus, etc..., sont, par conséquent des phtisies locales où la scrofule n'intervient qu'à titre de prédisposition ».

Pour être extrêmement fréquente chez le scrofuleux, la tuberculisation n'en est cependant pas l'aboutissement fatal, mais, quand elle se produit, elle aura des déterminations spéciales, localisations cutanées, dermiques ou sous-dermiques, ganglionnaires ou articulaires. Landouzy insiste tout particulièrement sur « cette sorte de sélection de la tuberculose pour ceux des tissus sur lesquels s'est faite la formation de la strume ».

En dehors de certains faits plus ou moins précis fournis par l'anatomie pathologique, la plupart des discussions qui ont lieu à cette époque dans les diverses sociétés de médecine ne sont le plus souvent basées que sur des hypothèses : quelques-unes sont séduisantes et vraisemblables, mais ce ne sont cependant que des hypothèses. La tendance générale est néanmoins de supprimer la scrofule au profit de la tuberculose.

Mais il faut pour ce faire des preuves plus précises que celles fournies jusque là.

C'est alors l'introduction dans l'étude de la question de deux puissants moyens d'investigation : la

recherche expérimentale, grâce à Villemin, la recherche bactériologique, grâce à Koch.

Avec Villemin, la question des rapports de la scrofule et de la tuberculose entre dans une nouvelle phase. Injectant à un lapin la matière caséuse des ganglions d'un enfant scrofuleux, Villemin fait naître la tuberculose et en conclut que, sinon toutes, du moins une partie des lésions dites scrofuleuses, des ganglions, des articulations, des os doivent être considérées comme de nature tuberculeuse.

La tentative d'Arloing pour séparer la scrofule de la tuberculose basée sur le fait que les produits scrofuleux injectés tuberculisent le cobaye et non le lapin, alors que les produits nettement tuberculeux infectent ces deux animaux, est combattue et on lui objecte qu'en ce genre d'inoculations, ce n'est pas la qualité, mais la quantité des bacilles tuberculeux qui compte dans ce cas, les produits tuberculeux plus riches en bacilles, triomphent de la résistance du lapin, alors que les produits scrofuleux, où les bacilles sont très rares, n'infectent que le cobaye, animal d'une beaucoup plus grande réceptibilité (Nocard, de Renzi, Wyssokwitz).

Hippolyte Martin, par des inoculations en série, démontre de plus, que les abcès froids comme les adénites scrofuleuses sont de nature tuberculeuse. Les expériences analogues de Conheim, de Salomonson, de Shuller, de Koch, de Preiffer, de de Renzi, confirment ces vues.

Mais, dans toutes ces recherches il manque encore la preuve indubitable que les substances inoculées

sont toujours la seule cause du virus tuberculeux du moment que la nature de ce virus reste encore inconnue.

Cette preuve en est alors donnée par la découverte du bacille de Koch.

La tuberculose devient plus facile à identifier, et Koch, puis Suchart, Krause, Demme, de Renzi, Grancher, de Gennez, Volkmann, Lenoir et beaucoup d'autres observateurs rencontrent le bacille de Koch dans un certain nombre de maladies des ganglions, de la peau, des os, des articulations que l'on s'était habitué depuis Bazin à considérer comme spécifiques de la scrofule.

La syphilis s'attribue de son côté une large part des altérations oculaires et nasales, certaines modifications osseuses considérées jusqu'alors comme scrofuleuses: c'est là surtout l'œuvre de Fournier dans ses leçons sur la syphilis héréditaire tardive.

D'autres lésions dites jusqu'ici strumeuses, telles que les teignes, les pyodermes, l'ecthyma, etc... sont rattachées à certaines maladies parasitaires ou infectieuses.

Les recherches de Hutinel et Hulot sur les infections cutanées chez les nourrissons, les accidents cutané-muqueux des septicémies, les fièvres éruptives compliquées d'infections semblent porter le dernier coup à la scrofule dont il ne paraît rester rien, de ce qu'elle était autrefois.

Cependant, tant au point de vue clinique qu'évolutif, il apparaît pour certains auteurs bien difficile de nier « l'état tout particulier, la prédisposition spé-

ciale à des accidents cutanéomuqueux, septiques et pyogènes, d'une persistance, d'une allure et d'une évolution telles qu'on ne pouvait les envisager dans le groupement de leurs aspects successifs dans leur étude anatomique et bactériologique, dans leur traitement ni comme appartenant à la syphilis ni comme étant de nature tuberculeuse ou infectieuse » (Gastou).

C'est alors que, reprenant le mot de scrofule, Le gendre, de Gennes, Aviragnet s'efforcent de la reconstituer sous la forme d'une maladie infectieuse microbienne ou polymicrobienne, non spécifique, et de l'opposer à la tuberculose, maladie microbienne spécifique.

Mais c'est surtout Chaumier qui, le premier, s'est efforcé d'établir la pathogénie infectieuse de la scrofule.

Il réunit dans un tableau les affections cutanées, muqueuses et osseuses dites autrefois scrofuleuses et, après en avoir éliminé celles qui sont réellement tuberculeuses, conclut que beaucoup d'entre elles, en particulier l'impetigo, sont bel et bien des manifestations d'une « maladie qui est bien une maladie et qui a une grande importance non seulement en pédiatrie, mais en médecine générale, la scrofule ».

D'après Chaumier l'impetigo sous ses différentes formes, et partant, le staphylocoque et le streptocoque joueraient un rôle important dans la pathogénie de la scrofule.

Hacks de Fécamps, précisant le rôle et le mode

d'action de ces différents germes, s'efforce d'établir l'étiologie et le traitement de la scrofule.

« La scrofule, écrit-il dans son rapport au congrès de Rouen, n'est pas une affection générale, totius substantiæ, elle est un simple complexus banal passager, superficiel, de lésions parasito-infectieuses, qui n'a besoin d'aucun consentement de l'économie, d'aucun terrain chimique préparé pour évoluer ou se produire, et les causes généralement admises comme indispensables, nécessaires ou favorables à son éclosion, savoir : hérédité, misère physiologique, alimentation vicieuse, absence de soleil, humidité, passions tristes, etc., etc... n'ont rien à y voir, et sont incapables, même réunies, de favoriser la prolifération ou la virulence des germes nocifs de ce complexus.

« Par contre, quel que soit le terrain d'implantation de ces germes, quels que soient l'hygiène générale bonne ou mauvaise, l'alimentation riche ou misérable, la température contraire, l'ancestration, l'état de santé ou de dépression de l'enfant, tout de suite les manifestations dites scrofuleuses se produiront ou pourront se produire si une cause lente intervient, une seule et unique cause, toujours la même dans tous les cas.

« Lorsque cette cause aura produit son effet, les autres : l'état maladif ou déprimé, l'état diathésique préalable du sujet, pourront aider à un développement plus ou moins facile des lésions secondaires de la scrofule, à leur guérison plus ou moins lente, mais elles n'agissent là que tout à fait secondairement, accessoirement, et sur l'affection déjà faite ;

elles ne sont pour rien, absolument pour rien dans son éclosion, dans l'apparition des lésions premières ».

La notion de terrain n'a donc pour Hacks aucune espèce d'importance. Mais quelle est donc cette cause unique « scrofuligène »?

« C'est, nous dit-il, la viciation de l'air dans laquelle le sujet vit tout-à-coup; viciation par l'oxyde de carbone et l'acide carbonique, et par ces deux gaz seulement. Et les deux gaz agissent non par les phénomènes d'intoxication générale qu'ils occasionnent, non par l'intermédiaire de la toxhémie respiratoire pulmonaire générale de l'économie dont ils sont causes, mais bien par les toxhémies respiratoires locales cutanées qu'ils provoquent.

« La scrofule est fonction des asphyxies locales de la peau ».

Et, après avoir expliqué comment cette action se manifeste sur les microbes scrofuligènes en modifiant la surface cutanée qui fait que ce milieu qui était défavorable, devient favorable à leur développement et à leur virulence, il conclut que le traitement de la scrofule devra être, d'une part et avant tout, préventif par une « oxygénation résolue, déterminée, systématique, été comme hiver, intus, extra surtout, c'est-à-dire l'acclimatement rigoureux », d'autre part curatif, par l'iode et le tannin.

Avant Chaumier, deux auteurs avaient soutenu l'origine infectieuse de la scrofule, situant dans le rhino-pharynx le point de départ de cette infection.

« La cause et la persistance des inflammations di-

tes scrofuleuses des yeux, des oreilles, du nez, dit Pierre, dans sa thèse, trouvent leur raison dans l'existence du riche foyer microbien que recèle dans ses cryptes l'amygdale pharyngienne hypertrophiée ».

« ... Ce n'est pas l'adénoïde, c'est l'adénoïdite qui fait le scrofuleux ».

Beckmann, Cheval et Zak avaient bien ébauché une étude des rapports existant entre les végétations adénoïdiennes et la scrofule. Mais c'est surtout Gallois qui s'est attaché à cette étude.

Reprenant les travaux de Bazin, il s'efforce de montrer que la plupart des affections cutanées décrites par cet auteur sont des dermatoses parasitaires ou infectieuses causes d'adénopathie et non conséquence de la scrofule. Il insiste surtout sur les scrofulides muqueuses du cavum, du rhino-pharynx, de l'oreille, étudie la fièvre ganglionnaire, les adénites chroniques simples ou tuberculeuses, la scrofule ostéo-articulaire, parenchymateuse et viscérale et nie la scrofule en dehors des végétations adénoïdes.

Quant à la nature de l'infection adénoïdienne, elle est variable suivant les cas : due ordinairement aux microbes pyogènes banaux, elle peut être également due au bacille de la tuberculose.

« Ces microbes peuvent s'introduire dans l'organisme par toutes sortes de voies... Je réserverai plus volontier le nom de scrofule au type clinique résultant d'une infection ayant sa porte d'entrée dans une des parties quelconques de l'appareil aérien de la face tel que je l'ai compris : pharynx, cavum, nez, sinus, oreille, appareil lacrymal ».

Dans un travail très documenté, Gastou, après avoir montré de quelle manière s'était opéré le dé-membrement de l'ancienne scrofule, précisant celles de ses lésions il convenait de rattacher à la tuberculose, à la syphilis, aux infections cutanées et aux maladies diathésiques, s'efforce de donner une conception nouvelle de la scrofule dont il étudie les modalités cliniques, l'évolution et dont il préconise le traitement.

Pour lui, il s'agit d'une maladie du système lymphatique « depuis ses origines cellulo-conjonctives jusqu'à sa terminaison, de tout le système lymphoïde réticulé, y compris ses dépendances : ganglions, rate, organes hémato-poïétiques, os, séreuses, tous organes de même structure cellulaire et de même origine embryologique ».

Ce serait une septico-pyohémie d'évolution essentiellement chronique, l'infection générale de l'organisme pouvant être acquise ou héréditaire.

« Son évolution et son pronostic sont également en rapport avec les réactions du tissu lymphoïde vis-à-vis des espèces microbiennes.

« ... Son pronostic est donc toujours sérieux, elle constitue un état pathogénique grave parce qu'elle trouble la nutrition générale et prépare un terrain de culture au bacille de Koch. Peut-être même est-elle capable de subir une autre évolution, c'est-à-dire la transformation d'un tissu purement inflammatoire en un tissu néoplasique, tel que le sarcome.

« La scrofule, le mycosis et le sarcome ne seraient

qu'une chaîne ininterrompue ayant pour genèse l'infection ».

Signalons, en passant, que cette dernière hypothèse a été récemment reprise, à peu de chose près, par quelques auteurs ; remplaçons le mot scrofule par tuberculose et au sarcome ajoutons toutes les tumeurs malignes, nous aurons la théorie émise notamment par J. Roy (de Dijon), concernant l'origine possible du cancer.

Ainsi, la question se montre toujours loin d'être résolue : les recherches expérimentales et bactériologiques ont cependant modifié l'idée que Lugol et Bazin se faisaient de la scrofule, et, alors que certains auteurs pensent qu'il convient de la rayer de la nosographie médicale, d'autres estiment qu'il la faut conserver, ne serait-ce que comme une prédisposition, un terrain, une « diathèse ».

Que ce terrain, cette dystrophie représente le premier échelon de la tuberculose, avant le bacille à qui elle ouvre une porte d'entrée, qu'elle soit, bien qu'atténuée, une affection tuberculeuse, — forme spéciale engendrée par le bacille de Koch ou tuberculose héréditaire, non bacillaire, mais simplement toxique (Solitmann), presque tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître la grande affinité du bacille de la tuberculose pour le scrofuleux et pour considérer la scrofule — si toutefois on admet son existence propre, — comme le terrain classique de la tuberculose elle-même.

Marfan s'oppose vivement à cette conception. La scrofule, pour lui, est une tuberculose atténuée, et

contrairement à l'opinion qui veut que les scrofuleux soient prédisposés à voir se développer chez eux la tuberculose, il affirme qu'il y a entre les deux maladies une sorte d'antagonisme: les adénites cervicales scrofuleuses guéries immuniseraient le sujet contre la tuberculose pulmonaire.

Un certain nombre d'auteurs confirment ces vues de Marfan: Vitale, se basant sur le fait que le sérum des enfants scrofuleux est un terrain peu favorable au développement du bacille tuberculeux qui y revêt des formes dégénérées; Sakoraphos, qui admet que l'injection de culture de bacilles de Koch sur sérum d'enfants scrofuleux exerce une action défensive contre le développement de l'infection tuberculeuse des lapins; Spiro Livierato qui, à la suite de nombreuses expériences, a cru observer: 1° « l'action protectrice remarquable exercée sur les animaux contre l'évolution et la gravité de l'infection tuberculeuse expérimentale par les extraits de ganglions lymphatiques tuberculeux et par les extraits de ganglions lymphatiques scrofuleux humains.

« 2° la présence, dans les extraits de ganglions scrofuleux humains de substances spécifiques spéciales contre les antigènes tuberculeux ».

De son côté, Rohmer donne de la scrofule la définition suivante: « Réaction tuberculo-toxique évoluant sur un terrain lymphatique ». Il pense le prouver par le fait qu'il aurait pu guérir les manifestations scrofuleuses en désensibilisant les malades par des injections de tuberculine: car « les scrofuleux, dit-il, sont toujours des sujets lymphatiques qui pré-

sentent non seulement une cuti-réaction à la tubercule positive, mais d'habitude aussi d'autres signes cliniques d'une lésion tuberculeuse ».

« Mais, ajoute-t-il, ce traitement ne doit être appliqué que dans des cas particulièrement tenaces, car il est long et quelquefois dangereux ; d'autre part l'état d'allergie ne subsiste pas longtemps après la cessation des injections ».

Cette notion de « lymphatisme », de « tempérament lymphatique » nous la retrouvons chez presque tous les auteurs qui, depuis le début de ce siècle, se sont occupés de la scrofule.

Pour les auteurs de l'article « Lymphatisme et Scrofule » du traité de Médecine de Brouardel et Gilbert, le lymphatisme serait dû à un excès du développement anatomique et d'activité physiologique du système lymphatique, ce qui produit un déséquilibre entre le fonctionnement de ce système et des autres systèmes anatomiques. Les infections, sur ce terrain, évoluent alors avec des caractères bien spéciaux constituant la scrofule.

Ces infections sont des plus variées, de sorte que Ponfick peut dire qu'il existe des scrofules causées par le bacille de Koch, des scrofules causées par les microbes pyogènes, et des scrofules dues à des infections mixtes. Ainsi, « le scrofuleux est un enfant de tempérament lymphatique sur lequel évoluent, avec la tendance aux localisations lymphatiques, et avec le caractère d'atténuation, de lenteur, de froideur propre à ce terrain, des infections diverses, tuberculeuses ou non ; conception féconde ou point de vue

pratique, car elle explique le pronostic atténué des infections scrofuleuses et dicte les interventions thérapeutiques qui doivent viser le terrain morbide plus que les infections ».

Cette notion de terrain apparaît capitale dans l'étude de la scrofule, et beaucoup d'auteurs se sont demandés si la syphilis ne jouerait pas un rôle des plus importants dans sa constitution.

Déjà, nous l'avons vu, Astruc, Alibert, Devergie, Homolle, Wilson, Jordan, Pidoux admettent la possibilité de la transformation de la syphilis en scrofule. Lancereaux, J. Franck, Fournier, Jaccoud et Bouchut rangent la spécificité parmi les causes « provocatrices de la « phtisie scrofuleuse ».

Un peu plus tard, Landouzy insiste sur la fréquence de la tuberculose fibreuse chez les syphilitiques, et Hallopeau, dans son rapport au congrès international de médecine de 1900 écrit « ... l'adéno-pathie tuberculeuse, la tuberculose pulmonaire, la coxalgie s'observent fréquemment chez les hérédo-syphilitiques ».

Au congrès de la Tuberculose, en 1905, de Dominici dit : « Surtout le rachitisme et la tuberculose, de préférence chez les enfants, sont cultivés sur un terrain syphilitique ». C'est aussi l'opinion de Barthélémy.

C'est à cette période que s'édifie sur des bases sérieuses la notion d'hybridité des lésions mixtes, à la fois syphilitiques et tuberculeuses.

Antérieurement Devergie semble avoir entrevu de telles lésions quand il parlait de « maladie de forme

composée dérivant de la syphilis et de la scrofule ». Ricord avait déjà édifié sa théorie du « scrofulate de vérole », mot célèbre et destiné à faire fortune.

Puis Leloir, Longin, Patoire, Mery publient de nombreuses observations d'hybrides cutanés.

La question des rapports de la syphilis et de la tuberculose prend de plus en plus d'importance aux yeux des médecins qui étudient la scrofule.

Hutinel et Lereboullet admettent trois types de scrofuleux : des adénoïdiens pas ou à peine tuberculeux, des tuberculeux latents avec manifestations ganglionnaires ou autres, des tuberculeux avérés, mais ils reconnaissent le rôle de l'hérédo-syphilis comme facteur de terrain prédisposant.

Mais c'est surtout M. le professeur E. Sargent qui, reprenant toute la question, l'étudie à fond et l'établit sur des bases plus vastes et plus solides dans une belle monographie, *Syphilis et tuberculose*, puis dans de nombreux articles de journaux ou de traités et communications. Nous aurons l'occasion de nous étendre longuement sur ces importants travaux au cours de notre étude. Disons seulement dès à présent que, dans la conception du professeur Sargent, la scrofule est représentée par « trois types morbides étroitement unis par leurs ressemblances morphologiques et par leurs liens étiologiques ».

Ces trois types sont :

« La scrofule proprement dite, ou ce qui reste du démembrement de l'ancienne scrofule, représentée par la première période des anciens auteurs.

La scrofulo-tuberculose qui contient le plus grand

nombre de manifestations des périodes avancées de l'ancienne scrofule.

La syphilo-scrofule, dont le cadre renferme des lésions hybrides de syphilis et de tuberculose et qu'il ne faut pas confondre avec les formes scrofuloïdes de la syphilis ».

Depuis les premières publications de M. le professeur Sergent, deux courants d'opinions se manifestent : les uns admettent et confirment par de nombreuses observations les idées de M. Sergent sur les rapports de la syphilis et de la tuberculose. C'est le cas pour la plupart des auteurs de traités de maladies de l'enfance, en particulier le professeur Hutinel. Les études de Nadal, de Le Mer, de Mercier des Rochettes concluent dans le même sens.

D'autres auteurs, au contraire, tels Bernhard (de New-York), Chambrette, Mlle Pouzin se montrent plus hostiles à ces idées.

Après cette longue énumération des travaux concernant la scrofule — énumération que nous aurions pu faire plus longue encore —, il est bien difficile de tirer une conclusion précise.

La scrofule mérite-t-elle d'être conservée? Si oui, à quoi répond-elle? Quelle est sa nature? Autant de questions auxquelles bien souvent déjà, des réponses contradictoires ont été apportées! La discussion dure encore qui déjà existait au XVIII^e siècle!

Nous n'avons pas l'orgueilleuse vanité de croire que ce modeste travail doive régler la question une fois pour toutes. Mais nous aurons rempli notre tâche si l'exposé de ce que nous avons constaté chez nos ma-

lades et la critique des faits rapportés par les auteurs qui nous ont précédés peuvent, pour une modeste part, contribuer à jeter quelques lueurs dans cette obscure question qu'est encore la scrofule.

La Scrofule répond à un syndrome clinique qui ne saurait être contesté

Avant de rapporter le résultat de nos observations ayant trait à la nature de la scrofule et à la conception qu'il y a lieu de s'en faire aujourd'hui, si, comme nous le pensons, il convient de ne pas la rayer du cadre nosologique, nous croyons utile de rappeler très succinctement la description classique des manifestations qu'on a coutume de désigner de puis longtemps sous ce nom.

Dans son dernier traité de la tuberculose, M. le Professeur Sergent a fait un exposé précis de la question, tel que nous le résumerons tout d'abord dans ce chapitre.

Plus fréquent chez les jeunes sujets (seconde enfance et adolescence) l'évolution de la scrofule est lente, torpide, chronique: c'est là son caractère essentiel.

Dans une première période, les manifestations observées seraient la conséquence d'une inflammation persistante du rhino-pharynx et de ses annexes, particulièrement des régions riches en tissu réticulé ou adénoïde: amygdales palatines et pharyngée. Tous les accidents scrofuleux observés à cette époque dériveraient de cette infection première qui se propage par continuité, constituant les *scrofulides cutanées et muqueuses bénignes* et les *adénites scrofuleuses* des anciens auteurs.

L'inflammation et l'infection du cavum et de l'amygdale pharyngée entraîneraient la production de végétations adénoïdes ; puis, cheminant de proche en proche, l'infection s'étendrait vers la gorge, provoquant l'hypertrophie des amygdales palatines, vers le nez, entraînant de la rhinite hypertrophique ou atrophique, vers l'oreille moyenne et les trompes d'Eustache, donnant lieu aux poussées d'otite catarrhale ou suppurée (susceptible elle-même de se compliquer de mastoïdite), vers les sinus frontaux et maxillaires.

Par le canal nasal, l'œil et ses annexes sont susceptibles de s'infecter à leur tour, d'où conjonctivites, blépharites, orgelets, dacryocystites, keratites phlycténulaires.

Cet ensemble d'accidents constitue les *scrofulides bénignes muqueuses*.

Les *scrofulides bénignes cutanées* relèveraient de la même cause : l'irritation provoquée et entretenue par les écoulements incessants qui se font par les orifices naturels, entraînent à ce niveau des infections pouvant gagner de là les différentes parties du visage : ainsi se constitueraient l'impetigo et certains eczémas qui, par leur répétition, leur chronicité, entraînent une hypertrophie de la lèvre supérieure en « museau de tapir » donnant au sujet cet aspect spécial connu sous le nom de faciès strumeux. Ce sont des sujets « lymphatiques » chez qui l'on observe fréquemment de l'acrocyanose, des engelures, de l'érythème noueux, l'érythème induré de Bazin.

L'adénite scrofuleuse relèverait également de l'infection rhino-pharyngée, réaction des ganglions cer-

vicaux correspondants. Elle peut être simplement inflammatoire: les ganglions rétro et sous-maxillaire sont plus ou moins augmentés de volume, mais cette adénite est également susceptible de suppurer et de s'ouvrir spontanément en dehors; si l'on n'intervient pas cette suppuration persiste longtemps et laisse après elle une cicatrice irrégulière, déprimée, indélébile.

L'infection qui, du cavum, peut gagner les régions voisines devient la source de nouvelles fluxions ganglionnaires: ainsi peuvent apparaître d'autres adénites plus ou moins groupées en pleïades, dans tous les territoires lymphatiques correspondant aux foyers infectieux secondaires.

« Tel est, dit M. Sergent, le tableau de l'adénite simple, correspondant au stade initial de l'ancienne scrofule et n'ayant aucun caractère tuberculeux.

« Mais il faut savoir qu'elle est parfois le prélude de la scrofulo-tuberculose; dans ce cas, il est à peu près constant de trouver des localisations ganglionnaires à distance, soit dans les régions axillaires ou inguinales, soit dans le médiastin ou l'abdomen; ici l'adénite dépend de la tuberculose, soit que celle-ci soit venue compliquer secondairement, par inoculation bacillaire, les localisations dues à l'infection du rhino-pharynx, soit que la généralisation de la réaction ganglionnaire procède de cet état général dit *lymphatisme* qui n'est, en fait, avec sa micropolyadénopathie, qu'une des modalités de la tuberculose larvée de l'enfant et de l'adolescent. Et ceci nous con-

duit tout naturellement à l'étude de la *scrofulo-tuberculose* ».

On peut faire rentrer dans le cadre de la *scrofulo-tuberculose*, à peu près toutes les *scrofulides malignes* des anciens auteurs qui n'appartiennent pas à la syphilis héréditaire tardive et dont la nature tuberculeuse est aujourd'hui démontrée.

« La *scrofulo-tuberculose* est une des formes de la tuberculose. Sa caractéristique histologique est le tubercule et sa cause l'infection bacillaire: mais ici, l'infection bacillaire paraît atténuée et se développe suivant un processus particulier, sous la forme de localisations multiples ou uniques, concomitantes, ou successives, frappant les muqueuses ou la peau, les gaines synoviales, les os, les articulations, le système lymphatique périphérique ou profond, et pouvant finalement se compliquer de lésions pulmonaires, dont l'évolution torpide, froide, porte ce même cachet de bénignité relative et de chronicité durable (*Phtisie scrofuluse* de Morton et Bazin) ».

Il existe souvent des déformations osseuses, peu accentuées d'ailleurs, portant sur les côtes, l'extrémité diaphysaire des os longs, respectant par contre les os du crâne, et sur lesquelles le Professeur Marfan a particulièrement insisté, décrivant cet ensemble sous le nom de *rachitisme tuberculeux*.

On range enfin dans la *scrofulo-tuberculose* un grand nombre de lésions des muqueuses (lupus du nez ou de la gorge, tuberculose nasale, pharyngée, amygdalienne) et de la peau (toutes les tuberculoses cutanées: ulcéreuses, pustulo-ulcéreuse, verruqueuse,

gommes dans lesquelles le bacille de Koch est facilement mis en évidence et certaines lésions rapportées à la bacillose bien que le microbe ne soit pas décelable dans la lésion : lupus érymateux, acné scrofuléuse, acnitis et folliculites de Bartélemy).

Mais il faut insister surtout sur les *adénopathies*, les *écrouelles tuberculeuses*, que représentent le type même de la scrofule.

Leur fréquence est extrême. Elles peuvent intéresser tous les groupes ganglionnaires, mais de préférence les ganglions cervicaux antérieurs, les ganglions inguinaux, et iliaques externes. Les adénites cervicales postérieures, mastoïdiennes et épitrochléennes sont plus rarement observées.

Tantôt l'augmentation de volume porte sur un seul ganglion, tantôt sur un groupe entier, véritable pleïade rencontrée fréquemment le long de la carotide externe ou sur le bord inférieur du maxillaire inférieur. Le creux sus-claviculaire peut quelquefois être plus ou moins comblé par un ou plusieurs ganglions hypertrophiés.

Suivant les cas, et, dans un même chapelet d'écrouelles, les ganglions sont loin d'avoir tous un même volume : les uns ont la grosseur d'un petit pois, d'autres celle d'une petite mandarine, avec, entre eux, tous les intermédiaires.

La consistance en est variable : tantôt dure, presque ligneuse (sans avoir cependant la dureté des ganglions néoplasiques), elle est d'autres fois molle et pâteuse. Lorsque l'adénite guérit, il persiste à la

place, d'une façon indéfinie, de petits grains de plomb enchassés dans le derme.

Mais, bien souvent, le ramollissement d'un ou plusieurs ganglions va jusqu'à la suppuration. Alors, la fluctuation se montre tout à fait nette, la peau de la région qui, jusque là avait conservé un aspect normal, devient rouge, violacée, un peu chaude, parfois, sans que le malade cependant, accuse aucune espèce de douleur. Les limites du ganglion deviennent plus confuses, sa face externe adhère aux téguments et bientôt l'ouverture se fait par une fistule aux bords décollés « en cul de poule », donnant issue à une certaine quantité de pus mal lié, grumeleux, où le bacille de Koch peut être mis en évidence soit par l'examen direct après coloration au Ziehl, soit par l'inoculation au cobaye. Cette fistule qui, dans certains cas, s'élargit au point de devenir une véritable ulcération, ne suppure en général pas très abondamment, mais sa durée est parfois vraiment désespérante.

Lorsqu'enfin la fistule se referme, elle le fait par le moyen d'une cicatrice plus ou moins dépigmentée, irrégulière, avec des brides « des colonnes charnues rappelant la paroi des cavités ventriculaires » (Prof. Sergent). Cette cicatrice est indélébile et persiste pendant toute l'existence.

Telle est la description classique de la scrofule. Chaque jour nous rencontrons des malades présentant le type ou des accidents scrofuleux. Quelle que soit la nature de ces accidents « on ne peut donc nier, ainsi le dit Mercier des Rochettes, qu'il reste

quelque chose de la scrofule, malgré son démembrement apparent : c'est une entité clinique dont on retrouve souvent le type ».

Mais si la réalité clinique de la scrofule nous paraît difficile à mettre en doute, convient-il cependant de lui garder une place à part en tant que maladie autonome dans le cadre nosologique, ou doit-on, au contraire, la considérer seulement comme un syndrome relevant des causes les plus diverses?

TUBERCULOSE OU SYPHILIS ?

Quand, examinant un scrofuleux, on veut s'attacher à déterminer avec précision l'étiologie des accidents observés chez un tel malade, on se trouve bien souvent devant un problème quasi insoluble à résoudre. S'agit-il de manifestations bacillaires, ou bien le tréponème doit-il être tenu pour responsable des phénomènes morbides qui font de ce sujet un scrofuleux ? Presque toujours, c'est l'éternel dilemme : et, suivant l'orientation d'esprit propre à chacun, l'on aura tendance à pencher vers l'une ou vers l'autre de ces deux hypothèses.

Cette difficulté diagnostique a depuis longtemps retenu l'attention des auteurs. Gallois, entre autres, a particulièrement insisté sur ce point.

« Lorsque l'on étudie la syphilis héréditaire tardive, dit-il, soit dans le livre que lui a consacré le Professeur Fournier, soit dans les travaux parus depuis sur ce sujet, on ne peut manquer d'être frappé des ressemblances qui existent entre sa description et celle de la scrofule...

« ... Voici une fillette de 8 ans qui s'avance les yeux baissés et craignant la lumière. Son teint est rosé, sa face bouffie, son nez épaté et rouge sur les bords des narines, surmonte une lèvre supérieure épaisse. Ses paupières sont bordées de croutes de blépharite ciliaire chronique. En les entr'ouvrant, on constate de la kerato-conjonctivite. De plus, sur la

joue droite, au voisinage de l'oreille, on aperçoit de l'impetigo : cette éruption, en cet endroit, fait soupçonner l'otite ; on vérifie : il y a du pus dans le conduit auditif — sur les côtés du cou, hypertrophie ganglionnaire plus accusée à droite. On n'hésite pas, on diagnostique : scrofule et l'on veut s'assurer qu'il existe bien une rhino-pharyngite pour expliquer tout l'ensemble des accidents. Que trouve-t-on ? Du mucus plein le pharynx, sans doute, mais de plus une perforation du voile du palais. Voilà tout l'échafaudage par terre. Cette malade, d'après ce seul signe, doit être considérée comme une hérédosyphilitique.

Pensant s'être trompé dans l'interprétation de certains accidents, on revérifie. Eh bien non : l'impetigo est bien un impetigo et non une syphilide. Quant à la keratite il ne s'agit pas de la keratite ponctuée de Hutchinson, mais d'une keratite superficielle ulcéreuse.

L'enfant a-t-elle par contre, d'autres stigmates d'hérédosyphilis ? Le teint n'est pas plombé, les dents n'ont rien d'anormal, les tibias ne sont pas déformés, il n'y a pas de cicatrices fessières. Qu'apprend l'enquête sur la famille ? Le père aurait eu, étant jeune homme, une petite lésion suspecte de la verge. Au bout d'un mois il lui survenait une éruption. Le médecin diagnostique syphilis et prescrit un traitement par des pilules. Le malade alla consulter à St-Louis où on lui dit que son éruption n'était pas spécifique. Les accidents ultérieurs qui auraient pu faire penser à la syphilis sont une érosion à la lèvre et des « glandes » à la nuque. En tous

cas, le malade ne prit de mercure que pendant deux ou trois mois et plus tard de l'iodure de potassium à l'occasion de ses adénopathies cervicales.

La femme qu'il épousa par la suite n'eut aucun accident, pas de fausses couches. La fillette vint au monde après un an de mariage, il n'y eut pas d'autre enfant. C'est la première fois que, à son sujet, on reparlait d'une syphilis que le père croyait n'avoir existé que dans l'esprit de son médecin ».

Si nous avons cru devoir rapporter tout au long ces lignes écrites par Gallois en 1905, c'est qu'elles illustrent par un exemple concret, le problème qui se pose tous les jours en clinique. Tous les auteurs qui se sont intéressés à la scrofule insistent sur la difficulté qu'il y a bien souvent à la résoudre.

« Il est des cas fort embarrassants, écrivait Bazin, où le praticien le plus expérimenté hésite et n'ose se prononcer sur le véritable caractère du mal ». Et notre maître, le Professeur Sergent, aime à répéter qu'« entre la scrofule d'une part, et la syphilis, d'autre part, le diagnostic différentiel peut être quelquefois presque impossible ».

Ceci est vrai pour toutes les manifestations de la scrofule. Les adénopathies — pour ne prendre qu'un exemple — peuvent dans l'un et l'autre cas avoir même indolence, même évolution, même siège surtout. Fournier a le premier attiré l'attention sur ce dernier caractère qui contribue encore à augmenter la confusion, en montrant la prédilection marquée des écoulements d'origine syphilitique pour les territoires ganglionnaires qui constituent ce que M. Je

Professeur Sergent nomme « les domaines de la scrofule ».

Pour avoir de la scrofule une conception un peu précise, il est donc nécessaire d'envisager les rapports qu'affectent les accidents dits scrofuleux avec la tuberculose d'une part, et avec la syphilis d'autre part. C'est ce que nous avons essayé de faire dans les chapitres qui vont suivre.

DES RAPPORTS DE LA SCROFULE AVEC LA TUBERCULOSE

Le médecin qui a observé un grand nombre de scrofuleux n'a pu manquer d'être frappé par la fréquence avec laquelle on peut mettre en évidence la tuberculose chez de tels sujets.

Chez ces malades, certains accidents sont indiscutablement tuberculeux ; d'autres, au contraire, voient leur véritable nature rester méconnue, si l'on ne s'attache pas à la rechercher tout spécialement, tant par les méthodes cliniques que par celles que le laboratoire met largement à notre disposition.

C'est ainsi que nombre de manifestations de la scrofule proprement dite, (affection considérée longtemps comme n'étant pas d'origine tuberculeuse et non de ce qu'il est convenu de nommer scrofulo-tuberculose) sont rapportées aujourd'hui à la bacillulose par la majorité des auteurs : tel est le cas, par exemple, pour l'érythème induré de Bazin. De multiples travaux semblent prouver que le lupus érythémateux reconnaît la même cause : S. Ehrmann, pour ne citer que cet auteur, chez 42 malades atteints de lupus érythémateux, a pu trouver une tuberculose coexistante certaine chez 31 d'entre eux ; elle était plus que vraisemblable chez 7 autres ; dans 4 cas seulement il n'a cru pouvoir l'affirmer d'une façon tout à fait ferme. C'est vraiment là une proportion bien forte pour ne voir entre le lupus érythémateux et la tuberculose qu'un simple rapport de coïncidence !

Pour notre part, nous avons surtout observé de nombreux cas d'adénite scrofuleuse à différentes périodes de leur évolution : période inflammatoire, période de suppuration, fermée ou fistulisée. Rien, cliniquement, ne nous a permis de ranger les unes dans la scrofule proprement dite, et les autres dans la scrofulo-tuberculose.

De volume variable, ces ganglions appartiennent surtout aux chaînes cervicales antérieures et sous-maxillaires, formant lorsqu'ils ne sont pas suppurés, des masses assez importantes, indolores, dans lesquelles les limites ganglionnaires restent assez nettes : cependant il existe quelquefois un peu de péri-adénite.

A la période suppurative, la peau peut assez longtemps conserver un aspect normal, ne subissant quelquefois aucune modification jusqu'à la guérison du malade, si, par un traitement approprié, l'on arrive à prévenir l'ouverture spontanée du foyer. Mais à la longue, surtout en l'absence de toute thérapeutique, la péri-adénite apparaît, s'étend petit à petit, la masse ganglionnaire adhère en quelques points à la peau qui s'amincit de plus en plus, prend une teinte rouge violacée, plus ou moins livide. Parfois l'adénopathie revêt une allure tout à fait inflammatoire : téguments rouges et chauds, douleur un peu lancinante spontanément, exagérée par la palpation et les mouvements. L'acuité de cette dernière n'est cependant jamais très vive.

A ce moment, la fluctuation devient tout à fait nette et la ponction ou l'ouverture spontanée, permet-

tent de recueillir du pus en général grumeleux, mal lié et jaunâtre, pus d'aspect tuberculeux classique. Bien souvent, cependant, nous avons trouvé un pus parfaitement homogène, et sans aucun grumeaux.

L'ouverture de l'abcès ganglionnaire, lorsqu'elle se produit, se fait par une ou plusieurs fistules à bords décollés, séparées quand elles sont voisines par des ponts charnus plus ou moins larges. Abandonnée à elle-même, la suppuration peut durer des semaines, des mois ; fermées, ces fistules laissent à leur place des cicatrices blanchâtres, cheloïdiennes tout à fait caractéristiques.

Aucun symptôme clinique caractéristique ne nous ayant permis de séparer ces adénopathies en scrofuleuses pures et scrofulo-tuberculeuses, nous avons pensé que cette distinction pouvait bien n'être que toute schématique, puisqu'elle ne correspondait pas à la réalité des faits que nous observions.

Aussi, après nous être assuré qu'il ne pouvait s'agir dans les cas dont nous pratiquons l'étude, ni d'une mycose sporotrichose ou actynomycose, ni d'une néoplasie ganglionnaire (affections que nous avons vu quelquefois être cataloguées comme scrofuleuses à la suite d'examens un peu trop rapides et superficiels), nous nous sommes attachés à rechercher systématiquement la tuberculose au niveau des lésions rencontrées chez nos malades. Tous ces sujets, d'ailleurs, ont une cuti-réaction à la tuberculine fortement positive : c'est là un fait sur lequel Mercier des Rochettes a déjà insisté, l'ayant observé même chez les scrofuleux les plus jeunes.

Nous avons pu, chez quelques-uns de nos malades, prélever un ganglion cervical avant son ramollissement. Qu'il s'agisse d'un sujet manifestement tuberculeux ou d'un individu indemne de toute autre lésion bacillaire évidente, le résultat de l'examen histologique a été le même, et nous n'avons pas été frappé par des dissemblances notables entre les coupes de ganglions provenant de ces différents malades : remplis de cellules géantes entourées d'une couronne de cellules épithélioïdes, à protoplasma abondant, à noyau clair, et d'une zone périphérique de cellules lymphoïdes, ces ganglions avaient tous la structure du ganglion tuberculeux classique.

Lorsque — cas le plus fréquent — nous avons eu affaire à des adénopathies suppurées non ouvertes, nous avons trouvé des bacilles de Koch, au simple examen direct du pus prélevé par ponction aseptique et coloré par le Ziehl, selon la technique habituelle, dans un septième des cas. Nous l'avons décelé beaucoup plus fréquemment chez certains sujets, où l'aspect assez inflammatoire de la lésion, son augmentation relativement rapide de volume, l'absence d'antécédents ou de stigmates bacillaires chez le malade auraient pu, au premier abord, faire songer à une adénite subaigue plutôt qu'à la scrofule. L'absence de lésions locales susceptibles d'expliquer cette adénopathie qui existait depuis longtemps sous un volume beaucoup plus réduit, doit cependant faire poser le diagnostic de la nature avant l'examen du pus (ex. : obs. IX).

Lorsque l'examen direct du pus recueilli ne nous a pas révélé la présence de bacilles, des cobayes ont

été inoculés. Presque tous les animaux sont morts dans des délais variables et le B.K. a été mis en évidence dans les lésions trouvées à l'autopsie; nous avons obtenu des résultats identiques dans le cas d'adénopathies déjà fistulisées. Deux animaux sont encore vivants au moment où nous écrivons ces lignes, et l'un d'eux est inoculé depuis plus de quatre mois. Si dans ce cas, nous ne pouvons affirmer déjà qu'il est devenu tuberculeux, la tuméfaction ganglionnaire qu'il présente dans le territoire correspondant au point d'inoculation et son état cachectique rendent cette hypothèse des plus vraisemblables.

Nous ne nous croirions d'ailleurs pas davantage autorisés à nier la tuberculose si, l'animal mort ou sacrifié, la recherche du bacille de Koch dans les différents viscères ou ganglions examinés, se montrait négative. En effet, le polymorphisme du virus tuberculeux est actuellement un fait qui paraît solidement établi. H. Durand a depuis longtemps attiré l'attention sur ces faits, et Arloing et Dufourt (de Lyon), ont pu écrire avec raison « qu'on est conduit à admettre que la recherche du B.K. dans une lésion est dépourvue de toute signification si elle est négative ». Des lésions tuberculeuses où des examens répétés, soigneux et approfondis ne décellent pas l'agent de la tuberculose sous son aspect bacillaire acido-résistant, peuvent être parfaitement produites par une forme quelconque du virus, différente de celle-ci qui peut, sans doute, au cours de son cycle évolutif, reprendre à de certains moments cette apparence bacillaire acido-résistante.

Sans aller jusqu'à admettre, comme certains auteurs, que la forme bacillaire acido-résistante est probablement la forme la plus rare du virus tuberculeux, il semble bien toutefois que l'on puisse dire que ce virus peut se développer, se multiplier, causer dans les tissus des dommages plus ou moins importants, sous de tout autres forme que cette dernière. Les inoculations au cobaye de produits tuberculeux peuvent ne pas provoquer, chez l'animal, des lésions typiques de la tuberculose expérimentale, qu'il s'agisse d'inoculation de produits contenant seulement le virus filtrant ou des bacilles de Koch qu'on aura pas su mettre en évidence à l'examen direct. C'est dans tous les organes, dans les ganglions de tous les groupes, qu'il faudra rechercher avec soin le bacille de Koch chez les animaux inoculés. Ce n'est parfois qu'après un certain nombre de passages, souvent au bout d'un temps assez long d'inoculation, qu'on parviendra à trouver le bacille acido-résistant. Jusqu'à ce que l'on possède une technique qui permette de colorer, d'identifier tous les aspects morphologiques qu'est sans doute susceptible de révéler le virus tuberculeux, nous n'aurons pas le droit de nier avec certitude l'origine tuberculeuse.

Aussi bien, ne nous semble-t-il pas indispensable de séparer, comme le fait Rohmer, la scrofulo-tuberculose dans laquelle le Bacille de Koch peut être mis en évidence, de la « scrofule » proprement dite, constituée par la rhinite chronique, la kerato-conjonctivite phlycténulaire récidivante et l'otite chronique, état scrofuloux qui ne serait qu'une réaction tuber-

culo-toxique chez un sujet lymphatique « car, comme l'ajoute cet auteur, ces lymphatiques présentent non seulement une cuti-réaction positive, mais d'habitude aussi d'autres signes cliniques d'une lésion tuberculeuse ».

Evidemment le fait de déceler le bacille de Koch au niveau d'une lésion, ne suffit pas à prouver péremptoirement que cette dernière est d'origine tuberculeuse: il peut, en effet, ne s'agir que d'une simple infection secondaire. Mais dans le cas d'adénite scrofuleuse, celle-ci s'est faite alors par une brèche: les lésions rhino-pharyngées et otitiques qui se rencontrent chez beaucoup de scrofuleux, représentant précisément pour nombre d'auteurs, cette porte d'entrée de la tuberculose ganglionnaire; elles sont loin d'être pourtant la règle. Nous avons systématiquement fait pratiquer l'examen des oreilles et du rhino-pharynx de nos malades: même chez les enfants, cet examen n'a souvent révélé aucune lésion nette de cette région.

Nous nous croyons donc fondé à penser que la tuberculose n'est pas seulement une conséquence de la scrofule mais qu'elle en est, au contraire, le facteur étiologique dominant. Dès 1881, Villemin concluait dans le même sens, lorsqu'il écrivait: « Le ganglion dit à tort scrofuleux n'est qu'une tuberculisation localisée » suivi bientôt par Brissaud, puis par Conheim, Vidal, Kiener, Rendu, etc... C'est l'opinion qu'exprime M. Darier dans son précis de dermatologie quand il écrit: « On sait aujourd'hui que cette scrofule classique correspond non pas à un terrain

simplement bacillisable, bien plutôt à une infection bacillaire réalisée mais atténuée et latente ».

Nous admettons donc, avec M. le Professeur Ser·gent, que la scrofule est « une maladie de nature tuberculeuse et que la plupart des lésions dites scroful·euses ne sont que des lésions tuberculeuses présentant une évolution spéciale, atténuée, torpide, tendant aux localisations ». Scrofule et scrofulo-tuberculose deviennent alors termes synonymes.

DES RAPPORTS DE LA SCROFULE AVEC LA SYPHILIS

Si les rapports entre la scrofule et la tuberculose sont particulièrement étroits, ceux qui unissent la scrofule et la syphilis ne nous paraissent pas moins importants. Contrairement à l'opinion soutenue jadis par Hunter, il n'y a aucune incompatibilité entre la syphilis et la tuberculose, bien au contraire, la syphilis représentant « un facteur puissant de prédisposition à la tuberculose » (Prof. Sérgent). Aussi, bien que nous ayons réussi à mettre en évidence cette dernière chez presque tous les scrofuleux que nous avons observés, nous avons, non moins systématiquement, recherché chez eux des signes plus ou moins patents de spécificité.

Un grand nombre de nos malades — et non pas toujours les plus jeunes — avaient des stigmates indiscutables de syphilis héréditaire : irrégularités de la calotte crânienne palpables ou visibles sur le cliché radiographique, bosses frontales exagérément proéminentes, malformations dentaires spéciales (dents en tourne-vis, mal plantées et usées, crénelées, persistance d'incisives latérales de lait, dents de Hutchinson, tubercules de Carabelli, etc...), voûte palatine ogivale, nez en lorgnette, axyphoïdie, etc...

Dans bien des cas, l'étude des antécédents héréditaires — quand nous avons pu les recueillir — et personnels, nous a fourni de précieux renseigne-

ments: parents morts jeunes d'accidents de nature syphilitique tels que la rupture d'un anévrysme aortique, fausses couches de la mère répétées sans raison, convulsions dans l'enfance, crises d'épilepsie dite essentielle, nous ont été signalées par certains scrofuleux.

L'existence d'une syphilis héréditaire ne pouvait donc, chez tous ces sujets, être mise en doute.

Chez d'autres malades, les signes de syphilis se sont montrés plus discutables: les végétations adénoïdes de l'enfance, le défaut de développement physique et intellectuel, la rachitisme grave que nous avons pu relever dans les antécédents de certains scrofuleux, sont en effet loin d'être considérés par tout le monde comme des symptômes certains de spécificité. Et pourtant leur fréquence chez les syphilitiques a, depuis longtemps, retenu l'attention de nombreux savants. « La cause des végétations adénoïdes est très souvent l'hérédité syphilitique et quelquefois l'hérédité syphilitique des grands-parents » écrivait Gaucher.

Plus près de nous, au congrès de l'hérédo-syphilis, les 5, 6 et 7 Octobre 1925, MM. Lesné et Bouteiller déclarent admettre l'origine spécifique des végétations adénoïdes avant deux ans, du rachitisme avant six mois. Le rachitisme tardif relèverait plus rarement de cette cause, bien que les statistiques indiquent que 60 % des grands rachitiques sont des hérédo-syphilitiques. A ce même Congrès, M. Comby énonce que « tout enfant dont le développement physique ou intellectuel est anormal ou qui présente un

état pathologique quelconque persistant, sans cause nette, est suspect d'hérédo-syphilis ».

Ces symptômes nous paraissent plus importants à retenir, lorsque l'on recherche l'hérédité spécifique, que les résultats de la réaction de Wassermann, ordinairement négative chez les hérédos les plus certains. Il eut été plus intéressant de pratiquer chez ces malades la réaction de Desmoulières : cela ne nous a, malheureusement pas toujours été possible. Nous avons seulement fait pratiquer, dans le sérum de tous ces sujets les réactions de Hecht et de Wassermann : elles s'y sont montrées bien souvent négatives. Cependant, nous avons obtenu des réactions plus ou moins fortement positives chez des malades où les signes de syphilis se montraient des plus douteux. Il pouvait s'agir, il est vrai, d'une syphilis acquise, que le sujet soit ou non un hérédos, car ceux-ci sont parfaitement susceptibles d'attraper la vérole. Plusieurs de nos scrofuleux nous ont ainsi avoué avoir contracté un chancre quelques dix ou quinze ans plus tôt : bien que le traitement anti-syphilitique suivi depuis lors par ces malades ait été souvent des plus insuffisants, quand il n'a pas fait complètement défaut, les signes objectifs de la syphilis ont été parfois très difficiles à déceler.

« La syphilis, en effet, est une maladie qui a l'habitude de se cacher (Milian) » et qui « sous ses formes acquises, plus encore sous ses formes héréditaires, est partout (Leredde) ». Mais il faut savoir la mettre à jour, et ce n'est pas toujours chose facile ! Pour cela un examen clinique complet, minutieux de *tous*

les organes du malade est indispensable. « Les traces de la syphilis doivent être recherchées partout... L'enquête doit viser surtout à découvrir, par un examen méthodique et complet des stigmates somatiques, des lésions en activité ou des cicatrices dont les caractères constituent des preuves de syphilis (Prof. Sergent) ».

S'il est certaines régions, certains appareils que l'on examine presque automatiquement quand on recherche la syphilis chez un malade, tels le système nerveux, l'appareil oculaire, l'aorte, la bouche où, non seulement la présence de plaques de leucoplasie, mais encore celle de taches mélaniques, constituent plus qu'une présomption en faveur de la spécificité, il est par contre un organe que l'on a, en pareil cas, tendance fâcheuse à négliger un peu : c'est le poumon. Son étude à ce point de vue est pourtant des plus importantes.

Depuis longtemps déjà, le Professeur Hutinel a montré que lorsqu'on trouve une caverne tuberculeuse (avec bacilles de Koch dûment constatés) chez un enfant, celui-ci est toujours un enfant de syphilitique. De son côté, notre Maître le Professeur Sergent et plus récemment un de ses élèves, notre collègue et ami Benda, ont insisté sur la fréquence de la syphilis dans le passé des tuberculeux torpides, à type d'emphysémateux, chez qui la radiographie montre une image bien particulière, caractérisée par le nombre et la netteté des calcifications et par l'importance de la fibrose. « La tuberculose fibreuse doit inviter le médecin à rechercher méthodiquement les

stigmates et les indices révélateurs de la syphilis (Prof. Sargent) ».

Ce « sclérolate de tuberculose » se plaît à dire notre Maître, presque au même titre qu'une leucoplasie ou un anévrisme de la crosse aortique, constitue un indice révélateur de la spécificité.

On ne saurait trop insister sur ces faits : nous ne comptons plus les fois où nous avons, soit obtenu l'aveu d'une syphilis contractée plusieurs années plus tôt, soit trouvé un Wassermann positif chez des malades dont la tuberculose évoluant sous cette forme fibro-calcaire était le seul stigmate de cette spécificité.

C'est avec une grande fréquence que nous avons rencontré chez nos scrofuleux, une image radiographique de tuberculose pulmonaire à forme fibro-calcaifiante, avec souvent un minimum d'accidents respiratoires : nous estimons qu'une telle constatation constitue un argument de tout premier ordre en faveur de l'existence d'une syphilis héréditaire ou acquise chez ses malades.

Mais, « la syphilis est loin de se traduire toujours par des symptômes spéciaux (Fournier) », et chez quelques-uns de nos scrofuleux, il nous a été impossible de déceler le moindre stigmate probant en faveur de cette maladie. Est-ce à dire qu'elle n'existait pas chez ces sujets ? « Une réponse négative, écrit M. le Professeur Sargent ne peut dans aucun cas entraîner la conviction absolue. Je n'hésite même pas à pousser plus loin mon septicisme en pareille matière : j'ajoute qu'un examen somatique minutieux qui reste

négatif, ne suffit pas davantage à me convaincre. Je prétends que, s'il est le plus souvent possible de prouver qu'un individu a eu la syphilis, il n'est jamais permis d'affirmer qu'il ne l'a pas eue. Et j'en veux pour preuve la fréquence des guérisons obtenues par le traitement d'épreuve qui n'eut jamais été tenté si le médecin s'était laissé influencer par les résultats absolument négatifs de son enquête ».

Si le fait d'avoir décelé la syphilis chez certains de nos malades nous incitait à leur faire un traitement anti-spécifique dont ils pourraient retirer un très réel profit, celui de n'avoir pu la mettre en évidence chez les autres devait nous engager à les soumettre aussi à un semblable traitement, à titre d'épreuve cette fois.

Nous avons employé pour cela les trois médicaments traditionnels : l'arsenic, le mercure et le bismuth, laissant de côté l'iodure de potassium qui, pour certains auteurs, n'a aucune action spécifique sur la syphilis et « qui est bien plutôt le médicament de la sclérose qu'elle qu'en soit la cause (Prof. Sergent) ».

Parmi les arsenicaux, nous avons donné la préférence au novarsenobenzol en injections intra-veineuses. Chez les jeunes enfants, nous avons parfois employé le surfarsenol.

Bien qu'on ne puisse donner une formule immuable de l'administration d'un médicament, puisque celle-ci est susceptible de varier dans ses modalités avec chaque cas particulier, nous avons pratiqué en général, lorsque nous avons utilisé le 914, tous les cinq jours une injection intra-veineuse de médica-

ment à doses progressivement croissantes: 0 gr. 20 ou 0 gr. 30 pour la première injection, les suivantes étant respectivement de 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 75, 0 gr. 75, 0 gr. 90, 0 gr. 90, 0 gr. 90 0 gr. 90 pour la série chez un sujet du poids de 60 kgs. On peut et on doit arriver à administrer ainsi par injection un centigramme et demi de novarsenobenzol par kilogramme de poids de l'individu, la dose à administrer étant diluée dans 20 à 90 cc. de sérum physiologique l'injection étant poussée *très lentement*.

Nous n'avons utilisé le sulfarsenol que chez les enfants, dans les cas où les injections intra-veineuses pouvaient être difficiles à pratiquer, en raison du faible calibre des veines ou de l'indocilité des malades. Chaque dose est diluée dans 5 à 10 cc. d'eau ou de sérum physiologique, les injections sont, comme pour le Novar, progressivement croissantes et la dose maxima est proportionnelle au poids du sujet, comme pour le 914: 1 centig. 1/2 par kg.

Mais comme on aurait pu nous objecter, en cas d'amélioration nette de nos scrofuleux, que l'arsenic a pu agir chez eux comme tonique et non comme anti-syphilitique nous avons employé également, chez d'autres malades, le mercure et le bismuth, médicaments indiscutablement spécifiques.

En ce qui concerne le mercure, nous avons donné la préférence au cyanure de mercure en solution aqueuse au centième. Nous avons peu usé de l'huile grise, car, comme l'a écrit M. le Professeur Sergent, les injections de sels insolubles ont quelquefois le gros inconvénient de laisser un doute sur l'absorption

du mercure où tout au moins sur le moment de l'absorption: les accidents locaux qu'elles provoquent quelquefois si l'injection n'a pas été strictement intra-musculaire pouvant être l'origine d'intoxication hydrargyrique toujours dangereuse chez un tuberculeux. Les injections de sels solubles, au contraire, permettent un dosage exact du mercure administré et une absorption rapide du médicament: en cas de phénomènes d'intolérance, on peut être sûr, en cessant le traitement, de suspendre aussitôt l'absorption du produit, et l'on ne fait ainsi jamais courir au malade de bien gros dangers d'intoxication.

Les injections sont faites intra-veineuses, chacune d'elle dosée à un centigramme de Hgcy par centimètre cube d'eau distillée. Un centimètre cube est injecté quotidiennement ou tous les deux jours, l'emploi de ce médicament pouvant être continué indéfiniment si le malade n'a aucun signe d'intolérance: une série, en moyenne, doit comprendre de 25 à 30 injections.

Les remarques concernant les sels insolubles de mercure s'appliquent aussi au bismuth: aussi donnons-nous là encore la préférence aux sels solubles tels que les iodures double de bismuth et de quinine solubilisé (Solubyl, Quinby soluble) le B.S.M. (Bismuth soluble Mouneyrat) dont nous administrons tous les cinq jours, par voie intra-musculaire cette fois, une ampoule représentant de 0 gr. 20 (Quinby soluble) à 0 gr. 30 (Solubyl, B.S.M.) de produit actif. La série comprend au moins 18 injections. La difficulté de se procurer ces produits dans nos services

hospitaliers nous les a fait souvent remplacer par des sels insolubles, tels que l'hydroxyde de Bismuth (Muthadol), l'iodo-bismuthate de quinine (Quinby) en suspension huileuse, aux mêmes doses.

La crainte de voir apparaître chez des tuberculeux soumis à la thérapeutique anti-syphilitique de très hypothétiques accidents, est en effet illusoire. De nombreux savants, et, en particulier, M. le Professeur Sergent, ont bien montré l'inocuité du traitement mercuriel chez de tels malades, à condition, bien entendu, de le conduire avec méthode et de le surveiller de près. « S'il s'agit de lésions bacillaires, il n'y aura aucun inconvénient pour le malade à avoir subi ce traitement d'épreuve, et si l'on a affaire à des lésions spécifiques, on obtient les plus beaux résultats (Prof. Sergent) ». Et lorsque le sujet est à la fois syphilitique et tuberculeux, il ne peut que retirer le plus grand bénéfice d'une pareille médication: « La syphilo-tuberculose quelle que soit sa localisation ou sa forme clinique est dans la grande majorité des cas, sinon toujours, heureusement influencée par la médication mercurielle (Prof. Sergent) ».

Bien entendu, avant de commencer le traitement, on s'assurera du bon état de la bouche et des dents qui seront surveillées minutieusement pendant la période où seront faites les injections. Il faudra également être certain du parfait fonctionnement rénal. Ces règles essentielles et classiques s'appliquent aussi bien au cas de traitement bismuthique que de traitement hydrargyrique.

Les arsenobenzènes ne nous ont pas paru plus dan-

gereux à employer, même à forte dose, chez nos scrofuleux, que chez des syphilitiques indemnes de toute tuberculose. Les contre-indications à leur emploi chez les scrofuleux sont les mêmes que chez n'importe quel autre sujet : notre Maître, M. Milian, en a formulé les règles précises, montrant que les arsenobenzènes, poisons du sympathique, ne doivent pas être utilisés chez des sujets ayant des lésions préalables de ce système nerveux et des glandes endocrines, en particulier du corps thyroïde et des surrénales. Nous avons d'ailleurs rencontré rarement chez nos patients, des malades de cette catégorie : presque tous nos scrofuleux avaient leur pression artérielle normale et la mesure du métabolisme basal, lorsque nous avons pu la faire pratiquer, nous a donné un chiffre également normal.

Nous avons évidemment évité de l'employer chez les scrofuleux, porteurs de lésions pulmonaires en évolution ou facilement congestives : ces malades sont souvent d'ailleurs des insuffisants surrénaux. D'autre part, bien que nos scrofuleux aient été généralement apyrétiques, nous ne pensons pas que la température soit une contre-indication à l'emploi de l'arsenic à condition qu'elle ne témoigne pas d'une poussée évolutive de bacillose pulmonaire. Contrairement à l'opinion récemment reprise par M. Marcland qui déclare : « qu'il suffit parfois de cinq ou six injections hypodermiques de cacodylate de soude pour faire monter la température vespérale d'un demi à un degré lorsqu'il s'agit d'un tuberculeux apyrétique, et de plus encore si le malade était déjà fébrile »,

nous avons vu souvent des tuberculeux pulmonaires bénéficier de la médication arsenicale. Notre Maître L. Fournier prescrit volontiers à ces malades non syphilitiques, le stovarsol per os, et nous avons pu voir nombre d'entre eux retrouver l'appétit et augmenter de poids sous l'influence de cette médication qui, par ailleurs, n'exagère en rien les poussées fébriles, bien au contraire. Il ne faut d'ailleurs pas toujours prendre pour une fièvre tuberculeuse, l'élévation passagère de la température qui peut se produire chez un bacillaire syphilitique à la suite d'une injection de novarsenobenzol : elle n'est assez souvent que la réalisation objective d'un conflit thérapeutique, phénomène « biotropique » dont la réaction d'Herxheimer n'est qu'une modalité.

« La thérapeutique surtout chimiothérapique, est un art difficile (Milian) » et il est évident qu'un médicament aussi actif que le novarsenobenzol ne doit pas être administré à la légère. A condition de respecter les contre-indications dont nous avons parlé plus haut, et de s'astreindre à une étroite surveillance clinique et radiologique des malades, on peut sans accidents ni même incidents, faire bénéficier les tuberculeux syphilitiques de la médication novarsenicale.

Nous avons obtenu, par la mise en œuvre de ces divers traitements, des résultats extrêmement intéressants chez la plupart de nos malades.

Dans l'ensemble, la guérison complète des adénopathies suppurées et des ulcérations scrofuleuses que nous avons traitées, a été obtenue dans plus d'un

tiers des cas, cette proportion étant exactement la même chez les serofuleux spécifiques avérés que chez ceux où nous n'avons pu déceler aucun signe clinique ou sérologique de syphilis. Chez tous les autres, nous avons toujours constaté une amélioration très nette des lésions et de l'état général. Parmi ces derniers, certains d'ailleurs sont sortis du service avant la fin du traitement qu'ils ont, soit abandonné, soit continué en province. Jamais, en tout cas, nous n'avons eu à noter une aggravation quelconque de l'état général ou des lésions de nos serofuleux, à la suite du traitement anti-syphilitique.

Les trois médications, arsenicale, hydrargyrique, et bismuthique, n'ont cependant pas été également efficaces. Le traitement novarsenical nous a donné les résultats les plus rapides et les plus brillants : il a été admirablement supporté par la plupart des malades qui y ont été soumis et dont bien peu devait ingérer une certaine quantité de la solution d'adrénaline à 1/1000 avant de recevoir leur injection pour la bien supporter. En général c'est à partir de la 4^e ou 5^e injection (0 gr. 60 ou 0 gr. 75) que l'amélioration commence à se manifester : la suppuration se tarit, la masse fluctuante se transforme en une tuméfaction scléreuse, et la série des injections achevées, il ne reste plus des adénopathies, souvent volumineuses, fluctuantes ou fistulisées du début, que les cicatrices plus ou moins chéloïdiennes classiques et de tout petits ganglions sclérosés.

Lorsqu'au début du traitement, le ganglion suppuré mais non ouvert, est de très vastes dimensions, il

est utile parfois de le vider par ponction aseptique, puis de réinjecter dans la cavité un ou deux centimètres cubes d'une suspension colloïdale aqueuse isotonique d'iode. Cette manœuvre peut être répétée tous les trois ou quatre jours, pendant deux à trois semaines.

Le traitement par les injections intra-musculaires de sulfarsénol nous a donné des résultats à peu près identiques chez l'enfant. C'est une médication que nous réservons aux jeunes sujets, lorsque les injections intra-veineuses peuvent offrir certaines difficultés d'administration. Il ne présente que l'avantage de pouvoir être administré par voie sous-cutanée car sa toxicité est la même que celle du 914. Durant notre internat, nous avons pratiqué un très grand nombre d'injections de surfarsénol et de novarsenobenzol : les accidents toxiques (crises nitritoïdes, érythrodermies, etc...) que nous avons eu l'occasion d'observer, n'ont pas été plus fréquents avec le novarsenobenzol qu'avec le sulfarsénol, bien au contraire, même si celui-ci est employé à faibles doses.

Les injections de cyanure de mercure nous ont donné quelques beaux succès ; mais, avec ce traitement, la guérison est plus lente, et elle est souvent moins complète qu'avec l'arsenic : après une amélioration très nette de l'état local du sujet, la guérison complète se fait parfois attendre et nécessite souvent une nouvelle série d'injections. Le traitement, bien supporté dans son ensemble par la plupart des malades, a cependant dû être suspendu chez quelques-uns, en raison de petits accidents d'intolérance, sans gravité

d'ailleurs, tels que de la stomatite ou de la diarrhée dysentérique.

Nous avons moins utilisé le bismuth, pour les raisons que nous avons dites précédemment : il nous a paru un peu moins actif que le mercure chez nos scrofuleux qui l'ont en général fort bien supporté. Ceux de nos malades soumis au traitement hydrargyrique ou bismuthique chez qui nous redoutions un certain effet déprimant de la médication ont absorbé à chacun de leurs trois principaux repas, les trois premiers jours de la semaine, un comprimé de 0 gr. 25 de stovarsol ou de tréparsol, suivant la technique préconisée par M. L. Fournier. Ils se sont fort bien accommodés de ce mode de traitement mixte.

Ce n'est pas par hasard que le novarsenobenzol, le mercure et le bismuth guérissent ou améliorent les lésions scrofuleuses : « les succès thérapeutiques obtenus par le mercure et l'arsenic sur des maladies non syphilitiques ne s'observent que si le sujet qui en est porteur est syphilitique » (Milian).

L'action eutrophique du novar n'est sans doute pas à dédaigner, mais ne saurait à elle seule expliquer la transformation rapide et parfois surprenante des manifestations scrofuleuses : tout au plus pourrait-on admettre que c'est à elle que ce médicament doit son action plus rapidement et plus complètement efficace que celle du mercure et du bismuth. C'est d'ailleurs une propriété qui ne peut être invoquée en ce qui concerne ces deux derniers médicaments. Il ne peut donc faire de doute que les scrofuleux sont en très grande majorité des syphilitiques.

Beaucoup d'auteurs modernes, étudiant divers accidents serofuleux, aboutissent aux mêmes conclusions. M. Sabouraud, dès 1918, attire l'attention sur le grand nombre de lupiques hérédo-syphilitiques. « Il est intéressant, écrivent d'autre part MM. Hudelo et Rabut, à propos d'un cas de lupus disséminé de la face et des membres, de noter la prédisposition d'un terrain véritablement hérédo-syphilitique chez ces malades ». Et dans un article tout récent, ils concluent que « le rôle que peut jouer la syphilis, dans l'étiologie du lupus est certain, mais d'importance variable : puisque de la simple prédisposition du terrain (cas le plus fréquent) il peut aller jusqu'à la participation effective du tréponème dans le processus lupique ». Bien des auteurs allemands, de leur côté, traitent avec succès le lupus vulgaire par le néosalvarsan.

La fréquence du lupus érythémateux chez les hérédos a été signalée par MM. Grancher, Jeanselme et Burnier, Sabouraud, Hudelo et Rabut, Ravaut, Lortat-Jacob et Legrain, Tzanck, etc... C'est dès 1913 que notre Maître Ravaut insiste sur la fréquence des réactions de fixation positives chez les malades atteints de tuberculides diverses et en particulier de lupus érythémateux. Plus récemment, MM. Joergen, Schaumann et Karl Heden, pratiquant la réaction de Wassermann avec des quantités de sérum supérieures à la dose ordinaire, l'ont trouvée positive dans un nombre de cas élevé chez les sujets atteints de lupus érythémateux.

Le traitement spécifique a été appliqué à beaucoup

de ces malades par différents auteurs. C'est ainsi que MM. Ravaut et Bocage ont traité leurs malades par des injections de novarsenobenzol: la proportion des guérisons complètes a été d'un tiers, une amélioration très notable a été constatée dans un second tiers, pour le dernier tiers le traitement a été abandonné soit en raison de phénomènes d'intolérance ou de l'insuffisance thérapeutique, soit parce que les malades ont été perdus de vue.

Les arsenobenzènes n'ont pas été les seuls médicaments anti-syphilitiques utilisés par les expérimentateurs: c'est avec les injections bismuthiques que M. Lortat-Jacob, MM. Sezary et Benoit, ont obtenu la guérison complète de sujets atteints de lupus érythémateux. Nous avons souvent obtenu les mêmes résultats dans le service de notre Maître Milian (obs. XIX et XX).

Les mêmes constatations ont été faites pour l'érythème induré de Bazin, que Chtamoba, après en avoir confirmé la nature tuberculeuse par inoculation au cobaye, a souvent guéri par un traitement novarsenical, tandis qu'en France, notre Maître André Leri l'a traité avec succès par des injections d'iodobismuthate de quinine.

Citons enfin, parmi les nombreux travaux concernant la fréquence de la syphilis chez les scrofuleux, la belle observation que M. L. Spillmann a présentée en Janvier 1927 à la Société de Dermatologie de Nancy, et qui est en tous points comparable à l'une de celles que nous avons nous-mêmes recueillie (obs. IV). Il s'agissait d'une fillette portant trois ulcères.

tions à type nettement tuberculeux, entourées d'un halo livide, à bords violacés et décollés, à fond anfractueux, chez qui nulle trace de spécificité ne put jamais être mise en évidence, pas plus d'ailleurs que chez ses parents. La réaction de Wassermann était, bien entendu, négative. Devant l'échec de tous les traitements mis en œuvre pendant plus d'un an, cette jeune malade fut soumise aux injections de novar et guérit avec rapidité. Et l'auteur de conclure que même « lorsque rien ne peut faire songer à l'hérédosyphilis, il y a lieu, en pareil cas, d'essayer le traitement d'épreuve qui permet souvent d'obtenir des résultats inespérés ».

Certains médecins n'ont, cependant, pas obtenu le même succès, en instituant un traitement spécifique chez des scrofuleux pourtant syphilitiques avérés. M. Mercier des Rochettes, par exemple, rapportant dans sa thèse un certain nombre d'observations d'enfants scrofuleux et hérédosyphilitiques certains, qu'il a traités par les médications hydrargyriques ou arsenicales, n'a pu guérir que quelques-uns d'entre eux, tandis qu'il n'obtenait chez la plupart des autres qu'une amélioration passagère. Il conclut alors que « en dehors de quelques cas assez rares et où le traitement anti-syphilitique a une action indéniable, le traitement anti-syphilitique n'influence directement, ni en bien, ni en mal la tuberculose des hérédosyphilitiques. Il doit néanmoins être employé quand les deux infections se rencontrent sur le même individu, car il agira directement en améliorant l'état général et en augmentant la résistance du sujet ».

La lecture des observations rapportées par cet auteur nous permet de discuter ses conclusions. Si le traitement anti-syphilitique qu'il a institué chez ses scrofuleux-hérédos n'a pas toujours été très efficace, c'est vraisemblablement parce qu'il a été insuffisant, soit que les doses du médicament administrées aient été trop faibles, soit que le nombre des injections ait été trop réduit. « Les modalités du traitement spécifique, écrit même Mercier des Rochettes, n'ont guère d'importance et sont connues de tous ». C'est là, nous semble-t-il, une erreur qui peut devenir dangereuse, surtout en matière de traitement anti-syphilitique. Les syphiligraphes sont unanimes sur ce point. « Il vaut mieux ne pas traiter les malades que de les traiter incorrectement » (Milian), et c'est soigner incorrectement un syphilitique que de lui faire un traitement insuffisant. Mieux vaut, en effet, ne pas le traiter du tout, car, au moins, ne risquera-t-on pas de réactiver une syphilis peut-être « endormie » et d'aggraver ainsi l'état du malade.

Ce qui est vrai pour les accidents syphilitiques qu'ils soient primaires, secondaires ou tertiaires, l'est également pour les manifestations de la syphilo-scrofule. « Il est parfois nécessaire de prolonger assez longtemps le traitement avant de se prononcer sur ses effets » nous disent MM. Ravaut et Bocage à propos du traitement du lupus érythémateux par le novarsenobenzol. Et ils ajoutent : « il sera bon de refaire une deuxième série après un repos de deux mois environ ». Il y a plus de vingt ans d'ailleurs que M. Sergent écrivait : « J'ai vu souvent le traitement

mercuriel produire une amélioration considérable des manifestations scrofuleuses chez des sujets tuberculeux qui pourtant ne présentaient aucun stigmaté d'hérédosyphilis ni de syphilis acquise. C'est ainsi que je possède plusieurs observations d'adénites cervicales ramollies et même fistuleuses, datant de quelques années ou de quelques mois, accompagnant des lésions pulmonaires torpides, certifiées tuberculeuses par la présence du bacille de Koch et très favorablement modifiées par une série *suffisamment prolongée* d'injections mercurielles solubles ».

Or, la plupart des enfants traités par Mercier des Rochettes, soit au biiodure de Hg, soit au sulfarsénol, n'ont reçu que des doses minimales de médicament : dix injections de 2 à 4 centigrammes chacune de sulfarsénol, constituent peut-être un traitement tonique pour un enfant de 7 à 8 ans — (d'où l'amélioration de l'état général à peu près constante signalée par l'auteur chez ces sujets) — mais non un traitement capable de modifier bien profondément la syphilis de ces malades. Chez des enfants de cet âge, de poids moyen, nous faisons couramment des séries de 12 à 16 injections à doses progressivement et rapidement croissantes, de 6 centigr. à 24 centigrammes sans aucun accident.

Nous ne saurions davantage souscrire aux conclusions de Mlle Pouzin qui, dans une thèse inspirée par le Dr Menard en 1917, déclare qu'une adénopathie ne peut être que syphilitique ou tuberculeuse, les premières guérissant par le traitement qui n'a aucune action sur les secondes : nos observations con-

cernant des malades porteurs d'adénites cervicales suppurées non ouvertes dont la nature tuberculeuse a été démontrée soit par la constatation directe du bacille de Koch, dans le pus, soit par l'inoculation au cobaye et qui ont guéri sous l'influence du traitement spécifique, les contredit formellement.

Cette influence de la syphilis sur le développement de la scrofule a depuis longtemps attiré l'attention d'un grand nombre d'auteurs. Le Professeur Fournier écrivait déjà : « La syphilis constitue un des affluents de la scrofule », et l'on a pu lire, dans un article paru en 1905 sous la signature du Professeur Gaucher : « La scrofule est une dépendance de l'hérédo-syphilis : la condition essentielle et primordiale de la scrofule est une syphilisation héréditaire ». C'est aussi l'opinion de M. le Professeur Marfan : « Il semble, dit-il, que le terrain hérédo-syphilitique,ensemencé par le bacille de la tuberculose, soit plus apte qu'un autre à réagir par des manifestations tuberculeuses du type scrofuleux ». M. le Professeur Hutinel se range au même avis, et M. Mery déclare que « la part à faire à la syphilis héréditaire et à son association possible avec la tuberculose, dans un certain nombre de manifestations dites scrofuleuses de l'enfance, est beaucoup plus considérable qu'on ne le pense ». Le Professeur Lereboullet, de son côté, conclut, dans une de ses leçons cliniques, que « la scrofule est la manifestation d'une tuberculose extrêmement peu virulente, et que cette tuberculose semble d'autant plus faiblement évolutive qu'elle survient chez un enfant dont le terrain a été modifié

par des conditions particulières d'hérédité, et notamment sous l'influence de la syphilis héréditaire ». Et notre Maître, M. le Professeur Sergent, après avoir fait de la question une étude approfondie, ne craint pas d'écrire, en guise de conclusion : « Je considère la scrofule comme un dérivé de la syphilis, et j'ai la conviction que si nous pouvions, dans tous les cas de scrofule que nous observons, rechercher la syphilis dans le passé des parents, nous la trouverions très souvent, sinon toujours ».

L'ensemble des faits que nous avons observés nous conduit aux mêmes conclusions : presque tous les scrofuleux — nous n'osons encore dire tous — sont des syphilitiques. Et si, le plus souvent, la syphilis de ces malades est héréditaire, elle peut fort bien aussi, dans quelques cas, avoir été acquise : l'essentiel est qu'elle ne soit pas de trop fraîche date.

LE TERRAIN SYPHILITIQUE DANS LA TUBERCULOSE

C'est l'existence de ce terrain spécifique qui nous paraît susceptible d'expliquer en grande partie l'allure si spéciale, l'évolution froide et torpide de la scrofulo-tuberculose.

Cette notion de terrain est des plus importantes, et sans aller jusqu'à dire, comme Claude Bernard, à son lit de mort : « Le microbe n'est rien, c'est le terrain qui est tout (1) », force nous est de reconnaître que c'est bien quelque chose qu'il n'y a pas lieu de négliger.

Les importantes découvertes de la bactériologie, avec ses modifications cellulaires et humorales, ont eu pour conséquence, pendant assez longtemps, de faire perdre de vue aux médecins, ce rôle du terrain dans la maladie. C'est pourtant un facteur capital en pathologie, et, avec M. Sergent qui se plaît à insister sur son importance, de nombreux auteurs modernes s'attachent aujourd'hui à lui donner la place qu'il mérite d'occuper. Si deux sujets, exposés à la même cause infectieuse, dans les mêmes conditions, font leur maladie chacun sous une forme clinique différente — si tant est même que tous deux tombent malades — c'est bien parce que leur organisme ne réagit pas de façon identique vis à vis du germe morbide : le microbe est le même dans les deux cas, seul le terrain sur lequel il se développe est différent. On

(1) Rapporté par le Prof. Renon qui veillait Cl. Bernard durant son agonie.

ne saurait toujours invoquer, en effet, une différence de race microbienne pour expliquer les formes si diverses d'une même affection. Combien, par exemple, parmi les scrofuleux dont nous avons recueilli les observations, ont trouvé chez un malade atteint de bacilliose aiguë, rapidement évolutive, le germe qui, chez eux, a fait éclore une tuberculose froide et torpide?

La tuberculose et la syphilis, les plus fréquentes des maladies infectieuses chroniques, sont trop répandues pour qu'il soit surprenant de les trouver réunies chez un même individu. La syphilis, d'ailleurs, — M. Sergent l'a démontré depuis longtemps — crée une prédisposition particulière à la tuberculisation par divers mécanismes que nous ne rappellerons pas ici.

Lorsque la tuberculose se développe chez un sujet syphilitique depuis peu de temps, son évolution est le plus souvent rapide, car l'organisme, épuisé par sa lutte contre une infection brutale et récente, ne peut guère résister à ce nouvel assaut. Mais les conditions sont tout autres lorsque la tuberculisation apparaît chez un syphilitique de longue date : l'organisme qui « a fait les frais d'une lutte réactionnelle contre l'infection massive, s'est ressaisi, en quelque sorte et a repris l'équilibre normal de ses fonctions ; il a retrouvé son équilibre cependant il reste imprégné (Prof. Sergent) ». C'est cette imprégnation latente qui constitue le *terrain syphilitique* « sorte d'état humoral procédant d'une syphilis ancienne et éteinte, et transmissible à la descendance ».

Quand on connaît la tendance marquée à la sclérose qui caractérise toutes les manifestations tardives de la syphilis, on ne saurait être surpris de voir la tuberculose, autre maladie volontiers sclérosante, s'orienter dans le même sens lorsqu'elle évolue sur un tel terrain. C'est là, du reste, un fait bien connu : « Si le terrain syphilitique représente un milieu d'élection pour la tuberculisation, il paraît jouir, d'autre part, de propriétés particulières grâce auxquelles la tuberculose est en quelque sorte, entravée dans son développement (Prof. Sergent) » Le processus de sclérose anatomique, résultant des qualités humorales du terrain syphilitique, favorise vraisemblablement l'enkystement des tubercules.

Cette influence du terrain sur le développement et l'évolution de la maladie s'observe également lorsque la syphilis apparaît chez un tuberculeux. Il arrive tout d'abord assez souvent que la tuberculose qui ne s'était manifestée jusque là par aucune lésion apparente, ou très caractéristique, qui n'existait, en somme, qu'en puissance, s'éveille sous l'influence de la syphilis : c'est ainsi que nombre d'adénopathies de la période secondaire ne sont pas en réalité syphilitiques mais tuberculeuses, comme M. Milian l'a démontré dès 1902, par l'inoculation au cobaye. De même certaines des manifestations de la spécificité, prennent fréquemment un aspect particulier : les syphilides lichenoïdes miliaires de la période secondaire par exemple s'observent souvent chez des sujets entachés de la bacillose ; l'injection intra-dermique de tuberculine exagère encore le caractère de l'éruption

(réaction focale). Comme nous avons vu que cela se produisait pour les manifestations scrofuleuses, le traitement mercuriel est souvent impuissant à faire disparaître complètement ces syphilides folliculaires que le 914 guérit au contraire rapidement.

Il ne faudrait cependant pas considérer toujours les accidents scrofuleux, parce qu'ils apparaissent chez un sujet à la fois syphilitique et tuberculeux, comme des accidents hybrides de syphilis et de tuberculose. Ces lésions hybrides, parfaitement étudiées par Leloir, puis par Longin, se rencontrent évidemment, à condition toutefois, — comme le fait remarquer M. Sergent — qu'on veuille bien ne pas les considérer comme manifestations d'une maladie nouvelle née de « la combinaison à la manière d'un acide et d'une base formant un sel dont les propriétés diffèrent de celles des corps composants », mais comme résultant de la « juxtaposition » de « l'intrication » en un même point commun de lésions syphilitiques et tuberculeuses.

Beaucoup plus souvent, on observe des lésions franchement bacillaires chez un sujet que l'on sait être syphilitique, de même que l'on peut rencontrer des accidents purement spécifiques chez un tuberculeux : seul le retentissement réciproque des deux maladies imprime aux accidents une allure particulière.

Plus souvent qu'« hybridité de lésions », il y a seulement « hybridité de terrains » et, ainsi que le dit M. Sergent, lorsque Ricord parlait de « scrofulate de vérole » il n'accordait pas à cette dénomination le sens étroit qu'on lui donne d'habitude, « il

n'avait point en vue, au sens vrai du mot, la combinaison de lésions réunies sur le même point, mais simplement le retentissement que les deux maladies exercent l'une sur l'autre, c'est-à-dire les conséquences d'une association de terrains... Il n'y a jamais, en d'autres termes, hybridité de lésions, mais seulement hybridité de terrains avec intrication ou juxtaposition plus ou moins étroite ou lointaine des lésions ».

Les diverses manifestations de la scrofule, en particulier les adénopathies strumeuses, ne doivent donc pas être considérées comme étant toujours ou jamais des lésions hybrides : la seule hybridité qui soit certaine est celle du terrain.

Mais la tuberculose, qui revêt une allure si spéciale chez de tels malades, est-elle susceptible de se localiser sur n'importe quel appareil de l'économie, comme elle le fait chez un sujet indemne de toute spécificité? Existe-t-il, en d'autres termes, une sorte d'antagonisme entre les manifestations cutanées, osseuses et ganglionnaires de la bacillose d'une part, et les localisations viscérales, pulmonaires en particulier, d'autre part?

M. le Professeur Marfan, en effet, écrivait en 1896, qu' « on ne constate presque jamais de tuberculose pulmonaire, tout au moins de tuberculose pulmonaire évidente et en évolution, chez des sujets qui, pendant l'enfance, ont été atteints d'écrouelles (adénites tuberculeuses suppurées du cou) et qui en ont guéri complètement avant l'âge de 15 ans ». Le processus scrofuleux conférerait ainsi à l'organisme un cer-

tain état d'immunité qui le prémunirait contre les manifestations pulmonaires de la bacilliose : est-elle, comme le disait tout récemment Maury dans sa thèse, un « brevet de longue vie » ?

C'est, nous semble-t-il, aller un peu loin, car nous avons, au contraire, été frappé de la fréquence avec laquelle les lésions pulmonaires se rencontrent chez des sujets porteurs d'adénites cervicales suppurées ou cicatrisées même depuis leur enfance : plus de la moitié de nos scrofuleux sont dans ce cas. C'est d'ailleurs là une observation que Villemain avait déjà faite, lorsque, discutant de la nature bacillaire des accidents scrofuleux, il s'exprimait ainsi : « Lorsque la tuberculose se localise sur les ganglions externes elle atteint souvent en même temps les organes splanchniques, notamment le poumon, et cette coïncidence fréquente de la tuberculisation pulmonaire et de l'adénite caséuse ou leur succession, a porté à croire à l'identité ou à la parenté de la scrofule et de la tuberculose ».

Il est vrai que MM. Léon Bernard et Masselot, recherchant le pourcentage des malades chez lesquels la bacilliose pulmonaire se développe après une première atteinte locale et trouvant qu'un dixième seulement de tuberculeux pulmonaires ont présenté des lésions de scrofule estiment eux aussi que la scrofule prémunit contre la tuberculose pulmonaire. Leur statistique ne contredit en rien nos conclusions ; nous ne prétendons pas, en effet, qu'il soit nécessaire d'avoir eu une tuberculose locale pour devenir un phthisique, mais seulement que le sujet qui est porteur

d'une lésion bacillaire locale récente ou ancienne est fréquemment aussi un tuberculeux pulmonaire, ou le deviendra. D'ailleurs, comme le disait fort justement Villemain, « qu'y a-t-il d'étonnant à voir une phtisie suivre, précéder ou accompagner le strume ganglionnaire, puisqu'elles sont toutes deux la manifestation d'une même maladie ». Ce qu'il y a seulement de particulier, c'est l'évolution de cette tuberculose pulmonaire qui se fait surtout suivant le mode scléreux, comme celle de la tuberculose cutanée ou ganglionnaire: quelle que soit l'importance des lésions pulmonaires des serofuleux, qu'il s'agisse cliniquement d'un simple catarrhe chronique des bronches plus ou moins mélangé d'emphysème et de spelunques indiscutables, l'image radiographique pulmonaire de ces malades est toujours caractéristique, par l'importance des tractus fibreux arborescents (sclérose péribronchique) et des calcifications ganglionnaires.

Sur les localisations pulmonaires comme sur celles cutanées, osseuses ou ganglionnaires, l'influence de la syphilis s'est fait sentir. C'est un point sur lequel M. Sergent se plaît à insister depuis longtemps, point si important que notre collègue Benda, reprenant récemment la question, a pu écrire: « Certaines formes de tuberculose fibreuse, la forme scléro-calcaire, en particulier, ont (pour le diagnostic de la syphilis), au même titre que la leucoplasie buccale ou que le signe d'Argyll-Robertson, une valeur sémeiologique incontestable, dont il serait vraiment illogique de ne pas tenir compte ».

Ces lésions pulmonaires ne contre-indiquent en rien le traitement anti-syphilitique que nous croyons devoir être toujours institué, ne serait-ce qu'à titre d'épreuve, chez les scrofuleux : il faudra seulement se montrer prudent dans l'administration des arsenobenzènes à ceux de ces sujets qui ont une tendance marquée à faire des hémoptysies, et lui préférer alors le mercure ou le bismuth. On pourra, ce faisant, espérer la guérison ou tout au moins une amélioration souvent importante, non seulement des accidents scrofuleux proprement dits, mais aussi des manifestations pulmonaires de la tuberculose. C'est là un fait indéniable sur lequel ont insisté un grand nombre d'auteurs : Potain, Landouzy, Barthélemy, entre autres, ainsi que notre Maître M. le Professeur Sergeant, qui, dans son beau livre « Syphilis et Tuberculose » déclare que « ce traitement améliore considérablement l'état général et les localisations de la tuberculose ».

Répétons encore que, le fait de voir guérir une lésion scrofuleuse par un traitement anti-syphilitique, n'implique pas que cette lésion est syphilitique : cela signifie seulement qu'elle évolue sur un terrain spécifique. C'est en modifiant ce terrain, sur lequel se développe le bacille de Koch, que se résume toute l'action des médications arsenicales, mercurielles ou hydrargyriques dans la scrofule. Cette « hétéro-thérapie (Milian) » — ou traitement d'une maladie par la médication spécifique d'une autre maladie dont le sujet est également atteint — n'est d'ailleurs pas spécifique à la scrofule. Un grand nombre de dermatoses

ont pu, par exemple, être améliorées par ce procédé. C'est ainsi que M. Ravaut a, dans certains cas, traité avec succès l'eczéma par la médication anti-syphilitique. « La syphilis, dit-il, crée une prédisposition humorale spéciale; une véritable dystrophie humorale rendant l'individu plus apte à se sensibiliser: ne se sensibilise pas qui veut; il faut un terrain spécial, et c'est souvent la syphilis qui se charge de faire ce terrain ».

Mais si le traitement anti-syphilitique variant suivant les cas et les circonstances, suffit parfois à lui seul, sans le secours d'aucune autre médication, à guérir les manifestations des scrofuleux, il ne faut cependant pas perdre de vue que ceux-ci sont des tuberculeux et qu'il est toujours utile — et même indispensable — de lui adjoindre les différents moyens thérapeutiques employés ordinairement dans le traitement de la tuberculose, en particulier la cure de repos, l'administration des sels de chaux, selon la méthode préconisée par Ferrier, ainsi que celle de sirop iodotannique. Le traitement iodé local (injections intra-ganglionnaires d'une suspension aqueuse colloïdale d'iode) constitue aussi bien souvent une médication adjuvante des plus précieuses. Médication anti-syphilitique, et médication anti-tuberculeuse ainsi combinées auront souvent les plus heureux effets, alors que l'une d'entre elles aura été impuissante à guérir complètement ces malades. Il sera temps, si elles échouent, de discuter l'opportunité d'une thérapeutique chirurgicale ou par les agents physiques, qui n'est pas toujours sans inconvénients chez certains scrofuleux.

OBSERVATIONS

Nous rapportons ci-dessous certaines des observations qui nous ont servi à établir notre thèse. Nous n'avons pas cru devoir reproduire la totalité des cas que nous avons recueillis, car beaucoup d'entre eux sont assez exactement superposables. Nous n'avons conservé que les observations les plus démonstratives; beaucoup d'entre elles sont d'ailleurs simplement résumées.

OBSERVATION I

Adénopathie cervicale tuberculeuse aggravée par le traitement radiothérapique. Amélioration importante sous l'influence des injections novarsénicales.

M. El... H... Ahmed entre à la salle Vulpian, lit n° 4, pour des adénites cervicales bilatérales, le 18 octobre 1928.

Parlant difficilement le français, ce malade ne fournit que des renseignements imprécis sur ses parents. En France depuis 3 ans, il nie toute spécificité et n'avait jamais été malade, lorsqu'il y a 6 mois, il s'aperçoit que de chaque côté de son cou, étaient apparues deux masses de la grosseur d'un œuf de pigeon. Il se présente alors à la consultation de chirurgie de l'hôpital de son quartier, où on le soumet à un traitement radiothérapique.

Après quelques séances (sur le nombre et la durée desquelles nous n'avons pu recueillir aucune précision), les tuméfactions cervicales augmentent rapidement de volume, se ramollissent, et l'une d'elles se fistulise.

A son entrée dans le service, on est frappé par la déformation du cou, dans ses régions latérales. A gauche, la tuméfaction vaguement ovoïde, siège à la partie moyenne et mesure environ dix centimètres dans son diamètre transversal. Du côté droit, la tuméfaction, un peu moins volumineuse, est centrée par une fistule. Ces masses sont peu douloureuses, nettement fluctuantes, recouvertes par une peau d'aspect normal et qui n'est adhérente qu'au niveau de la fistule : il s'agit bien d'abcès froids ganglionnaires.

L'examen général du sujet ne révèle qu'un peu de matité du sommet pulmonaire droit avec, au même niveau, une respiration un peu soufflante : la radioscopie nous montrera un sommet droit de transparence un peu diminuée, mais s'éclairant à la toux et des hiles un peu chargés.

Il a dans les plis inguinaux quelques petits ganglions durs, indolores et roulant sous les doigts ; sur la jambe droite, une cicatrice dépigmentée, adhérente à la crête tibiale et qui serait consécutive à un traumatisme ancien.

Tous les autres appareils sont normaux. Il n'y a aucune malformation osseuse. Le B.W. est négatif, la cuti-réaction à la tuberculine fortement positive.

La ponction de l'abcès ganglionnaire non fistulisé ramène environ 100 centimètres cubes d'un liquide purulent et hémorragique, dans lequel l'examen direct montre la présence de nombreux globules rouges et de nombreux lymphocytes, avec quelques polynucléaires. Un cobaye est inoculé.

Dans la cavité ganglionnaire, on injecte un centimètre cube d'iode colloïdal.

Le malade est soumis au traitement novarsenical : il reçoit du 24 octobre au 22 novembre, six injections (une tous les cinq jours) de 914 : 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 60, 0 gr. 75, 0 gr. 75. On ponctionne à quatre reprises l'abcès ganglionnaire du côté gauche (tous les 5 jours), réinjectant chaque fois dans la cavité, ou trois à cinq centimètres cubes d'iode colloïdal. A chaque ponction, la quantité de pus retirée est de plus en plus réduite : c'est ainsi que la dernière ponction ne ramène plus que 10 cc. de liquide puriforme.

Toutes les injections de novarsenobenzol ont été bien supportées, sans modifications de la courbe thermique qui est restée régulière. Dès la 3^e injection, le gros ganglion de droite a notablement diminué de volume, et il n'y a plus qu'une petite zone fluctuante au centre : ce n'est bientôt qu'un noyau sclérosé gros comme une noisette.

Le 22 novembre, le ganglion de gauche n'a plus que le volume d'un œuf de pigeon et seul son centre est encore fluctuant.

Malgré notre opposition formelle, car le traitement nous semble encore insuffisant, le sujet quitte l'hôpital.

Le cobaye inoculé s'est progressivement cachectisé. Sacrifié le 23 novembre, il présente des lésions tuberculeuses viscérales multiples dans lesquelles on peut colorer le bacille de Koch.

Cette observation nous a paru intéressante parce qu'elle montre, dans le cas particulier, l'aggravation

des lésions scrofuleuses par le traitement radiothérapique et leur amélioration sous l'influence d'un traitement novarsenical, malheureusement incomplet, ainsi que des injections intra-ganglionnaires d'iode colloïdal.

OBSERVATION II

Adenopathies cervicales tuberculeuses suppurées et fistulisées chez un sujet de 58 ans. Guérison par le traitement novarsenical.

M. C..., Maurice, manœuvre, âgé de 58 ans, nous est envoyé le 28 juillet 1928, par un de nos collègues, pour une adenopathie cervicale suppurée.

Le malade, pâle et amaigri, a dans la région sous-maxillaire droite, à peu près au milieu de la branche horizontale du maxillaire, une tuméfaction de la grosseur et de la forme d'un œuf de pigeon qu'il aurait remarqué pour la première fois cinq mois plus tôt.

Les téguments sont d'aspect normal à ce niveau, sauf au centre de la masse où il existe un petit orifice violacé, en cul-de-poule, par où l'on peut faire sortir une gouttelette de pus.

Il n'y a aucune douleur ni spontanée, ni provoquée. La palpation fait percevoir une fluctuation nette de la masse en question, et autour d'elle plusieurs petits ganglions plus ou moins unis à la tuméfaction principale par un peu de péri-adénite.

Il n'existe aucune tuméfaction ganglionnaire dans les différents autres territoires lymphatiques.

Le sujet a perdu ses parents qui sont morts acciden-

tellement. Il n'a jamais eu de maladie importante. C'est un fumeur invétéré qui tousse et expectore des crachats muco-purulents, non bacillifères. Il a eu 3 enfants, l'un est mort à 12 mois d'une affection dont il ne peut préciser la nature, un autre, cardiaque sans avoir jamais présenté des crises rhumatismales franches, est mort tuberculeux. Le troisième est en bonne santé.

C... nie formellement toute spécificité. L'auscultation des poumons fait entendre des ronchus et des sibilances disséminés.

L'appareil cardio-vasculaire, le tube digestif, le système nerveux, semblent normaux.

Les dents sont en très mauvais état, presque toutes sont cariées.

L'examen du rhino-pharynx est négatif.

La radiographie des poumons ne montre aucune image anormale: les hiles sont seulement un peu chargées.

La ponction du ganglion suppuré, pratiquée aseptiquement, à distance de l'orifice fistuleux ramène un pus grumeleux, mal lié, dans lequel on trouve, à l'examen direct, de nombreux lymphocytes, mais pas de bacilles de Koch. Un cobaye est inoculé.

La cuti-réaction est fortement positive.

La réaction de Wassermann est négative dans le sang. On ne trouve d'ailleurs aucun stigmate de spécificité

Nous conseillons au malade un séjour à la campagne, où il a la possibilité de pouvoir se reposer pendant quelques semaines, une alimentation substantielle, l'ingestion bi-quotidienne d'une cuiller à bouche de sirop iodotannique phosphaté, et de faire un peu d'héliothérapie.

Le 22 août, M. C... de retour à Paris, vient nous con-

sulter de nouveau. Son état général s'est un peu amélioré, mais il n'y a aucune modification sensible de l'aspect et du volume de l'adénopathie, malgré le traitement ordonné qui a été très exactement suivi.

Nous lui conseillons alors d'entrer à la Charité où il est hospitalisé le 22 août salle Vulpian, lit n° 18.

Malgré l'absence de tout signe ou stigmate de syphilis, nous décidons de le soumettre au traitement novarsenical par voie endo-veineuse. Il reçoit le 26 août sa première injection (0 gr. 15). Son poids est alors de 45 kg. 150 ; sa température oscille du matin au soir entre 36-7° et 37°.

Le 28 août, il reçoit 0 gr. 30 de 914, le 1^{er} septembre 0 gr. 45, le 6 septembre 0 gr. 60, le 12 septembre 0 gr. 75, et les 17, 22, 27 septembre, 3 octobre, 0 gr. 90.

Toutes ces injections sont admirablement tolérées, sans aucune modification consécutive de la courbe thermique. Bientôt la fistule se tarit, les ganglions diminuent progressivement de volume, et, à la fin de la série des injections, il n'existe plus, comme reliquat de la masse importante constatées au début, qu'un petit noyau scléreux roulant sous le doigt, et gros à peine comme une olive.

Le malade sort de l'hôpital ayant engraisé de cinq kilogrammes, le 5 octobre. Sa réaction de B.W. est toujours négative.

Le cobaye, inoculé le 26 juillet est mort le 20 octobre : abcès au point d'inoculation, ganglions caséeux dans l'aîne, granulations tuberculeuses sur la rate, le foie, le péritoine, les poumons. Bacilles de Koch dans le pus des ganglions.

En résumé, adénopathie tuberculeuse chez un adulte de 58 ans n'ayant aucun signe certain de spécificite. Echec du traitement médical ordinaire et de l'héliothérapie. Guérison rapide par le novarsenobenzol qui a été parfaitement toléré.

OBSERVATION III

Adénite cervicale tuberculeuse avec sclérose pulmonaire. Récidive rapide après traitement chirurgical. Grosse amélioration par les injections de cyanure de mercure.

Le nommé B. Jean, âgé de 29 ans, entre le 3 mai 1928, salle Corvisart, lit n° 14, pour une adénite cervicale.

Ce malade a vécu dans l'Isère jusqu'à l'âge de 20 ans. Après son service militaire, il vient à Paris, où il exerce la profession de garçon d'hôtel. Ne présentant rien de spécial dans ses antécédents, bien portant jusqu'en 1926, il commence, à cette époque, à maigrir, à tousser, à cracher et à avoir des sueurs nocturnes. C'est alors qu'apparaît dans la région sous-angulo-maxillaire droite, une tuméfaction de la grosseur d'une noix ; un mois après la survenue de cette adénite, il fait une hémoptysie de moyenne abondance qui nécessite son admission à l'hôpital Cochin : l'examen des crachats, n'a pas permis, alors, d'y déceler le bacille de Koch.

Pendant son séjour à l'hôpital Cochin, il est soumis à un traitement par des rayons (X ou R.U.V. ?), dans le but de faire disparaître son adénopathie, mais sans aucun résultat. Après 3 mois d'hospitalisation et 1 mois

de convalescence, il se sent assez valide pour reprendre son travail, bien qu'il conserve toujours son adenopathie. Au début de mois d'avril 1928, la masse ganglionnaire s'accroissant de nouveau assez notablement, il entre à l'hôpital Necker où l'on procède à son extirpation.

Quelques semaines après cette intervention, l'état général du sujet s'altère : il maigrit de 6 kilogs en quelques semaines, a des sueurs nocturnes, toussé et expectore, surtout le matin, des crachats striés de sang. En même temps, il voit réapparaître dans la région cervicale droite, une masse ganglionnaire analogue à celle qui avait été extirpée peu de temps avant. C'est alors qu'il entre à l'hôpital de la Charité.

C'est un sujet un peu amaigri, dont l'état général reste cependant assez satisfaisant. Poids, 62 kg. 500.

La région rétro-maxillaire du côté droit, dont les téguments ont conservé leur couleur normale, est déformée par une masse irrégulière, renitente mais non fluctuante : elle est constituée par l'agglomération de plusieurs ganglions de volume variable noyés dans une gangue de péri-adénite. Cette tuméfaction qui mesure environ 7 cm. 5 de long sur 3 cm. de large dans sa partie moyenne, est un peu sensible à la palpation et gêne considérablement les mouvements du malade.

Il existe, un peu plus en arrière, dans la région occipitale, un ganglion du volume d'une noix, également entouré d'une gangue de péri-adénite, et, dans la région sus-hyoïdienne un autre plus petit, roulant sous le doigt, mieux limité, gros comme une noisette. Sauf un ganglion de même taille dans le creux axillaire droit, il n'y a ailleurs aucune adenopathie.

L'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire montre une diminution de la respiration des deux sommets, sans bruits adventices.

Le cœur semble normal, le pouls est régulier, la tension artérielle est de 7/12 1/2.

Le foie est un peu augmenté de volume et la rate est perceptible sur 4 travers de doigt.

Tous les réflexes tendineux, cutanés et oculaires sont normaux.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Il n'y a pas de température.

L'examen du sang a donné les résultats suivants :

Hémoglobie : 85 % ;

Globules rouges : 5.000.000 ;

Globules blancs : 6.000 ;

Equilibre leucocytaire : Polynucléaires neutrophiles, 65 ; basophiles, 0 ; éosinophiles, 0 ; Grands mononucléaires, 16 ; Moyens mononucléaires, 19.

Réaction Wassermann : négative.

Le métabolisme basal est un peu augmenté.

La cuti-réaction à la tuberculine est fortement positive. Le sujet nie toute spécificité acquise, mais il a des stigmates indiscutables de syphilis héréditaire : lobules de l'oreille soudés, tubercules de Carabelli, et une radiographie pulmonaire remarquable par l'importance de la réaction hilare, la fibrose généralisée et le nombre de ganglions calcifiés, de toutes tailles, disséminés un peu partout.

Nous décidons alors de soumettre ce malade au traitement anti-syphilitique : en raison de l'augmentation du chiffre de son métabolisme de base et des hémopty-

sies qu'il a eues à plusieurs reprises, nous préférons au traitement novarsenical, le traitement par un sel mercuriel soluble, le cyanure de mercure : un centimètre cube de la solution au millième, sera administré chaque jour par voie endoveineuse.

Le traitement, commencé le 18 mai est parfaitement toléré et n'est marqué par aucun incident, et après la 12^e injection, on peut constater une amélioration notable : le ganglion occipital a disparu, les ganglions de la région rétro-maxillaire ont diminués de volume et sont mieux limités par suite de la disparition presque complète de la péri-adénite.

Le traitement, suspendu quelques jours, doit être continué en ville par le malade. Il sort, en effet, de l'hôpital sur sa demande; son état général est à ce moment parfait (il pèse 65 kilogs). Nous ne l'avons pas revu malgré la promesse qu'il nous avez faite de venir périodiquement se soumettre à notre examen.

Cette observation est intéressante à différents points de vue.

Elle montre d'abord que le changement de milieu que l'on retrouve si fréquemment à l'origine de la tuberculose pulmonaire, est susceptible également de favoriser l'apparition de la scrofule: bien portant à la campagne, ce sujet a vu se développer son adénopathie quelques mois après avoir embrassé la profession de garçon d'hôtel, à Paris.

Elle prouve aussi que certaines thérapeutiques, même parmi les plus énergiques (agents physiques, intervention sanglante) n'amèneront pas toujours la

guérison complète, si l'on n'a pas soin de modifier par un traitement approprié le terrain heredo-syphilitique sur lequel évolue souvent cette tuberculose.

L'aspect radiographique des lésions pulmonaires, discrètes mais indiscutables, est un argument de tout premier ordre en faveur de l'hérédo-syphilis.

Ce tuberculeux a supporté fort bien le traitement mercuriel qui a eu sur la périadénite une action indéniable.

OBSERVATION IV

Ulcérations scrofuleuses de la face et du cou. Adénopathies cervicales suppurées. Guérison rapide par le novarsenobenzol.

Mme R... Pierrette, âgée de 31 ans, entre à l'hôpital, le 29 août 1929, salle Beau, lit n° 5.

Elle nous est adressée pour des adénopathies cervicales suppurées et une vaste nappe ulcéreuse de la joue et de la région cervicale droite.

Ses parents sont en parfaite santé. Elle a un frère rhumatisant et cardiaque. Réglée à 14 ans, elle n'a jamais été très robuste. Elle a toujours eu des pertes blanches et était, dit-elle « de tempérament lymphatique et anémique. »

A 18 ans, elle fait un séjour de 10 mois dans un sanatorium pour une lésion du sommet pulmonaire gauche. Mariée en 1919, elle a eu en 1920 un premier enfant qui est actuellement bien portant ; elle fait en 1924 une fausse couche de 3 mois, et en 1925, elle accouche d'un second enfant qui n'a jamais été sérieusement malade. Son mari est en bonne santé.

C'est au mois de janvier 1927 que cette malade s'est aperçue que des adénopathies se développaient dans les régions sous-maxillaires et cervicales droites. Les ganglions se ramollissent bientôt et au mois de juin 1927 elle part à Berk où, en même temps qu'elle se soumet à la cure marine, elle subit plusieurs ponctions ganglionnaires évacuatrices, avec injections consécutives de liquide modificateur (liquide de Calot). Aucune amélioration notable n'ayant suivi ce traitement, un chirurgien lui fait un drainage filiforme qui n'a d'autre résultat que de fistuliser les ganglions ainsi traités. Autour des fistules vont alors se développer des ulcérations qui empiètent sur la joue au devant de l'oreille.

Elle revient alors à Paris, va consulter à l'hôpital Saint-Louis où l'on pratique un curettage de la région. Elle fait peu après un érysipèle de la face qui nécessite son hospitalisation à Claude Bernard, d'où une fois guérie de sa strepto-dermite, notre collègue Delarue veut bien nous l'adresser.

Dès l'abord de cette malade, on est frappé par un vaste placard violacé siégeant sur la joue et le cou du côté droit. Etendu, en hauteur depuis une horizontale passant par le bord supérieur du conduit auditif jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous du bord inférieur du maxillaire inférieur, il siège, en largeur, depuis le bord antérieur du conduit auditif, jusqu'à 5 centimètres en arrière de la commissure. Sur cette nappe violacée existent plusieurs ulcérations de dimensions variables vaguement arrondies, à bord décollés, avec, dans les espaces qui les séparent les unes des autres, de petits grains jaunes. Au milieu de quelques unes d'entre elles se voit

l'orifice d'une fistule par où sort un pus grumelleux.

Une croûte épaisse, surelevée se trouve sur certaines de ces ulcérations; au-dessous de ce placard, des ganglions non abcédés et quelques cicatrices cheloïdiennes.

Mme R... est blond vénitien. Son état général est bon, sa température est normale, son pouls à 60, bien frappé. Elle ne se plaint que de maux de tête survenant sous forme de migraines, en rapport, semble-t-il avec quelques troubles gastro-intestinaux.

L'examen du cœur ne révèle rien d'anormal. Tension artérielle 8/12.

Il existe dans la submatité du sommet pulmonaire gauche, avec une respiration rude et soufflante, mais sans bruits adventices. La radiographie nous le montrera voilé et fera constater de grosses calcifications hilaires et péri-hilaires.

Il n'y a pas de bacilles de Koch dans l'expectoration.

L'examen du système nerveux et des divers autres appareils ne révèle rien d'anormal.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

L'examen du rhino-pharynx le montre indemne de toute lésion.

Une cuti-réaction est pratiquée qui sera fortement positive, et, si l'examen du pus ganglionnaire prélevé ne permet pas de déceler le bacille de Koch au milieu des nombreux lymphocytes qui le constituent, l'inoculation au cobaye tuberculisera en quelques semaines l'animal.

On ne trouve aucun signe de spécificité et la réaction de Wassermann est négative.

Devant l'échec de tous les traitements antérieurement suivis, nous décidons de soumettre la malade au traite-

ment anti-spécifique. Une injection de cyanure de mercure ayant provoqué une crise de diarrhée dysenteriforme, on la met au novarsenobenzol : les doses de 0 gr. 15, 0 gr. 20, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 60, 0 gr. 60, 0 gr. 75, 0 gr. 75, 0 gr. 75 sont administrées par voie endoveineuse à raison de une tous les 5 jours, elles sont admirablement supportées, et, dès la 3^e injection, on voit les ulcérations se nettoyer et la cicatrisation commencer : elle sera complètement terminée avant la fin de la série des injections ; à la place des ulcérations, il existe alors des nappes blanchâtres, un peu cheloïdienne à contour polycycliques. La suppuration des ganglions s'est tarie et ceux-ci ne sont plus que noyaux scléreux.

La réaction de Wassermann, refaite à plusieurs reprises est restée négative.

L'action curatrice rapide du traitement anti-syphilitique sur des lésions scrofuleuses importantes que nombre d'autres traitements n'avaient pu réussir à améliorer, nous semble une preuve indéniable de la nature spécifique du terrain sur lequel s'était développée cette tuberculose.

OBSERVATION V

Adénopathie cervicale tuberculeuse guérie par le traitement novarsenical.

M. D... Jean, coiffeur, âgé de 19 ans, se présente à l'hôpital pour une adénopathie cervicale fistulisée. Hospitalisé salle Corvisart, lit n° 6 bis.

Ce sujet n'a jamais été auparavant, sérieusement malade. Il a vécu à la campagne jusqu'en 1921, époque à

laquelle il vient se fixer à Paris. En 1922, il s'aperçoit de la présence, dans la région cervicale droite, de quelques ganglions mobiles et indolores. L'un d'eux grossit peu à peu, en 1926 et en 1927, suppure et se fistulise : les ganglions voisins augmentent alors de volume à leur tour. Il ne s'en inquiète pas jusqu'en 1928, où le développement progressif de l'adénopathie l'amène enfin à consulter.

L'examen du malade, pratiqué le 30 mars 1928, montre l'existence, dans la région sous-maxillaire droite, d'une série de bosselures d'inégale grosseur dont le volume varie de celui d'un œuf de poule à celui d'une petite noisette : la plus importante est fistulisée, laissant soudre par l'ulcération orificielle, violacée et à bords décollés, un pus grumeleux et mal lié. Une autre tuméfaction, un peu en arrière de celle-ci, un peu moins développée, est nettement fluctuante. L'indolence est complète.

On ne trouve par ailleurs, rien de pathologique chez ce sujet. Ni l'étude de ses antécédents, ni l'examen somatique ne permettent de penser qu'il peut être spécifique. La réaction de Wassermann est, de plus, négative.

La cuti-réaction à la tuberculine est positive; le pus retiré par ponction du ganglion suppuré, mais non ouvert, contient de nombreux lymphocytes, mais on n'y peut mettre en évidence, sur le simple frottis, aucun microbe ; un cobaye est inoculé qui mourra tuberculeux quelques semaines plus tard.

Le chiffre du métabolisme basal est normal. L'examen du rhino-pharynx ne montre aucune lésion de ce côté.

On soumet alors le sujet au traitement par le 914 au

rythme habituel, une injection intra-veineuse tous les cinq jours : 0 gr. 20, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 75, 0 gr. 75, 0 gr. 90, 0 gr. 90, 0 gr. 90. Traitement poursuivi sans incidents.

Dès la première injection, la suppuration diminue et le volume de l'adénopathie se réduit notablement ; cette régression continue pendant tout le temps que dure la série des injections, et il ne persiste plus, après la dernière d'entre elles, que quelques petits ganglions durs, indolores, non fluctuants, dont le plus volumineux est gros comme une olive. Toute suppuration a disparu.

Cette observation est très démonstrative de l'heureuse action du traitement novarsenical sur certaines adénopathies tuberculeuses.

Les propriétés toniques du novarsenobenzol sont peut-être susceptibles d'expliquer la rapidité d'action du médicament dans le cas particulier. Mais celui-ci n'aurait pu certainement guérir d'une façon aussi complète et dans des délais aussi courts une lésion tuberculeuse de cette importance, si cette dernière ne s'était pas développée sur un terrain spécifique.

OBSERVATION VI

(M. Babonneix)

Adénopathies multiples et crises comitiales.

X... 20 ans, vu avec M. le Dr Villeprand, le 5 mai 1924, pour des adénopathies multiples, cervicales, médiastines, abdominales. Les premières se caractérisent par la présence, sur les régions latérales du cou, de

masses arrondies, volumineuses, bosselées, suivant le trajet des gros vaisseaux, indolentes à la pression, de consistance dure, non adhérentes à la peau, ni aux plans profonds. Les secondes rendent des signes d'adénopathie trachéo-bronchique. Enfin, la palpation de l'abdomen décelé, à gauche de l'ombilic, la présence d'une masse unique, très volumineuse, mal délimitée, douloureuse à la pression, mate à la percussion, et qui n'est sans doute qu'un ganglion mésentérique tuméfié. L'état général est mauvais, la fièvre constante, le poids très insuffisant, la pâleur excessive, l'appétit est médiocre, les forces languissantes, le sommeil mauvais. D'ailleurs la base du poumon droit sonne mal, la respiration y est rude et s'accompagne de nombreux bruits adventices, parmi lesquels dominent les frottements.

La famille nous signale incidemment que le jeune homme est sujet, depuis peu, à des « crises nerveuses », nocturnes, avec perte de connaissance, chute à terre, morsure de la langue, urination involontaire, stertor et amnésie consécutifs.

Le jeune homme est envoyé, pour ses adénopathies bacillaires à Saint-Gervais-les-Bains. C'est là que le Dr Roux suspecte l'hérédosyphilis, dont il n'existait aucun signe clinique, fait faire une réaction de Wassermann qui se montre positive et, malgré une résistance incroyable de la famille, institue un traitement spécifique : « celui-ci, a-t-il bien voulu nous écrire, a réduit l'état fébrile et les nombreuses manifestations ganglionnaires, fait engraisser de 15 kilogs et transforme l'état général. L'influence sur les manifestations nerveuses a été plus tardive mais non moins favorable puisque, plus d'un an

après, elles n'avaient pas reparu. Nous avons appris du médecin traitant, que le père est un ancien spécifique.

Le tableau clinique qu'offrait ce malade était celui de la bacillose, et il n'existait aucun signe clinique de spécificité. Cependant l'apparition de crises comitales fit suspecter cette dernière, qu'un Wassermann positif vint confirmer. Là encore, le traitement antisypilitique, combiné au traitement tonique général, amena la guérison de manifestations considérées comme uniquement tuberculeuses en modifiant heureusement le terrain sur lequel elles se développaient.

OBSERVATION VII

Adénopathies cervicales non suppurées apparues chez un syphilitique de longue date. Echec du traitement antispécifique.

Le nommé K..., cafetier turc, âgé de 53 ans, se présente à la consultation de la Charité, parce que, depuis 3 ans, il a dans la région cervicale latérale droite, un chapelet de ganglions volumineux qui ont grossi depuis quelques semaines.

Cette adénopathie forme une masse bosselée, dure, non fluctuante, de 6 centimètres sur 4 centimètres environ. La peau qui la recouvre est d'apparence normale et la ponction exploratrice ne ramène pas de pus.

Il existe quelques ganglions de la grosseur de grains de plomb dans les creux axillaires et inguinaux.

Le sujet est un peu amaigri et pâle. L'auscultation de ses poumons fait percevoir quelques ronchus et quelques

sibilances. La radiographie montrera une trame fibreuse très développée et quelques ganglions calcifiés.

Il existe à la base du cœur, un souffle systolique aortique. Le pouls est régulier, la tension artérielle à 12-22.

Les réflexes sont normaux. Les pupilles, inégales, réagissent à la lumière.

L'examen du nez et de la gorge montre une pharyngite sans caractère particulier ; il n'y a rien aux rhinoscopies antérieure et postérieure ; l'otoscopie est normale.

La biopsie d'un ganglion montre bien qu'il s'agit de tuberculose : follicules tuberculeux typiques, avec nombreuses cellules géantes entourées d'une couronne de cellules épithélioïdes et d'une zone périphérique de cellules lymphoïdes. On ne voit pas de bacilles de Koch. La cuti-réaction est fortement positive. La température oscille entre 37° et 38°.

Le sujet nous avoue avoir contracté un chancre syphilitique à l'âge de 22 ans, accident qu'il a traité par des pilules et des potions. Depuis plusieurs années, il n'a suivi aucun traitement : son Wassermann est partiellement positif.

Nous lui proposons l'hospitalisation : mais en raison de ses occupations surtout nocturnes, qu'il ne veut pas abandonner, il refuse notre offre ; il accepte seulement de venir au traitement une ou deux fois par semaine.

Nous le mettons au bismuth : il recevra une injection intra-musculaire de 3 cc. de Qimby tous les 5 jours. L'adénite n'augmente plus de volume, mais après la sixième injection, elle n'a pas sensiblement regressé. Le malade quitte alors Paris pour aller travailler en province.

Cette observation d'une adénite tuberculeuse apparue chez un syphilitique, prouve que le traitement spécifique n'est pas toujours capable, à lui seul, de guérir des lésions scrofuleuses. L'insuffisance de celui qui a été appliqué à ce malade, d'une part, et les mauvaises conditions de vie dans lesquelles il se trouvait, de l'autre, sont certainement en partie responsables de l'échec de la thérapeutique employée.

OBSERVATION VIII

Adénite cervicale tuberculeuse guérie par le traitement hydrargyrique.

Suzanne S..., femme de chambre, âge de 23 ans, vient consulter à la Charité le 30 mai 1928 pour une adénopathie cervicale gauche ayant débuté plusieurs mois auparavant, mais dont le volume a rapidement augmenté depuis quatre semaines. Cette adénite est devenue, en même temps, un peu douloureuse à la pression et aux mouvements de la mâchoire.

Cette malade a vécu à la campagne jusqu'en 1925, époque à laquelle elle s'est placée à Paris comme femme de chambre. Elle n'a jamais été gravement malade. Ses parents sont, dit-elle, bien portants, mais elle a perdu un frère et une sœur à leur naissance (fausse-couche ou mort-nés ? ?)

C'est une fille d'aspect floride qui a sur le côté gauche du cou une hypertrophie marquée de 3 ganglions de la chaîne carotidienne. L'un d'eux, gros comme un œuf de pigeon est nettement fluctuant, mais la peau qui le recou-

vre est d'apparence normale. La ponction exploratrice amène du pus assez bien lié dans lequel l'examen direct permet de déceler quelques bacilles de Koch au milieu de nombreux lymphocytes. La cuti-réaction à la tuberculine est fortement positive.

L'examen des différents organes de cette malade ne présente rien de spécial à retenir. Elle a cependant des bosses frontales un peu proéminentes, le nez dont la base est un peu écrasée et les lobules des oreilles soudés, tous stigmates qui, avec les fausses-couches de sa mère, font penser à la possibilité d'une hérédité syphilitique. La réaction de Wassermann est, par ailleurs, négative.

Nous décidons de soumettre à un traitement mercuriel cette malade qui vient de subir, sans aucun succès, quinze séances d'application de rayons ultra-violets.

Nous lui injectons tous les jours par voie endo-veineuse une centimètre cube de la solution de cyanure de mercure à 1/100. Elle reçoit ainsi 14 injections; en même temps, par deux fois, son ganglion suppuré est vidé par ponction et réintroduction consécutive dans la cavité de deux centimètres cubes d'iode colloïdal. Elle absorbe, de plus, chaque jour, 2 cuillers à bouche de sirop iodotannique phosphaté.

Après la quatorzième injection nous sommes obligés de suspendre le traitement en raison de l'apparition d'un peu de gingivite autour d'une dent cariée : l'état général est toujours satisfaisant, mais les ganglions se sont peu modifiés.

Après une douzaine de jours d'interruption pendant lesquels cette malade fait procéder à un nettoyage de sa bouche, le traitement par les injections de cyanure de

mercure est repris, au rythme d'une injection tous les 2 jours.

A la 24^e injection de cette nouvelle série, l'adénopathie n'existe plus que sous l'apparence de 3 petits noyaux calcifiés dont le plus volumineux a la taille d'une grosse olive.

Il nous a semblé utile de rapporter cette observation d'adénite tuberculeuse notablement améliorée par le traitement anti-syphilitique — ce qui est la preuve de son évolution sur un terrain spécifique. Elle prouve que, dans bien des cas, ce traitement ne peut donner de bons résultats que s'il est suffisamment prolongé et suffisamment intense. Là où 14 injections de cyanure de mercure — (traitement considéré par bien des auteurs comme une thérapeutique énergétique) — n'ont pas modifié l'affection, 24 autres venant après elles sont parvenues à la guérir.

OBSERVATION IX

Adénopathie cervicale d'aspect inflammatoire. Bacille de Koch dans le pus ganglionnaire.

M. V... employé de bureau, âgé de 40 ans, est hospitalisé le 30 mai 1928, à la salle Corvisart, lit n° 25, pour une tuméfaction cervicale gauche.

L'affection a débuté il y a un an sous forme d'une tumeur de la grosseur d'une noisette dure, indolente, roulant sous le doigt, siégeant un peu au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur gauche. Stationnaire pendant une dizaine de mois, elle s'est mise à grossir et à devenir douloureuse depuis une quinzaine de jours à peine.

Le sujet a un état général excellent. Il n'a jamais été malade, a fait toute la guerre dans un régiment d'infanterie, ne tousse pas, ne crache pas, n'a pas maigri et a un appétit excellent. Sa température est le matin à 37°, le soir à 37°8.

Lorsque nous l'examinons, la tuméfaction qu'il a un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire, du côté gauche, a la grosseur d'un petit œuf. Assez bien limitée, les téguments qui la recouvrent sont rouges et chauds ; la pression est un peu douloureuse. La tumeur est assez tendue, mais on peut cependant percevoir de la fluctuation.

Il y a nettement tendance à l'ouverture spontanée.

L'examen, tant clinique que radiologique des poumons ne révèle aucune lésion. L'appareil cardio-vasculaire est normal, de même que le système nerveux. Il n'y a dans les urines ni sucre ni albumine.

L'examen du rhino-pharynx le montre normal. A la ponction du ganglion, on retire un pus épais, presque crémeux, bien lié, qui fait songer au pus d'un abcès chaud : l'examen cyto-bactériologique montre qu'il est formé de nombreux lymphocytes et qu'il contient d'assez nombreux bacilles de Koch, mais aucun autre germe.

Ce sujet présente, de plus, des signes évidents de syphilis héréditaire. Sa mère a eu 3 enfants morts-nés. Il a des bosses frontales exagérément saillantes et des pilosités frontales très développées. Sa voûte palatine est fortement ogivale et il existe chez lui de nombreuses malformations dentaires : implantation défectueuse, usure en plateau, persistance des incisives de lait latérales. Son thorax est déformé en entonnoir et son appendice

xyphoïde à peine marqué. Son Wassermann, cependant est négatif.

Soumis au traitement par l'iodo-bismuthate de quinine, son adénopathie diminue un peu de volume après huit injections, mais ne guérit pas complètement. Nous conseillons alors au malade de partir à la campagne où son traitement pourra lui être continué.

En somme, il s'agissait ici d'une adénite tuberculeuse, comme l'a prouvé la présence de bacilles de Koch dans le pus ganglionnaire, apparue comme première manifestation clinique de la tuberculose chez un sujet de 40 ans heredo-syphilitique et dont l'allure était celle d'une suppuration chaude, différent en cela de ce que l'on a coutume d'observer dans la scrofule.

OBSERVATION X

Adénites cervicales tuberculeuses chez une femme enceinte syphilitique. Suppuration pendant chaque grossesse.

Madame B... Germaine, ménagère, âgée de 28 ans, nous est adressée le 28 Juin 1928 pour des adénopathies cervicales en voie de ramolissement.

Cette femme nous dit n'avoir jamais été sérieusement malade : elle aurait eu, étant toute jeune, une éruption bulleuse qui fut étiquetée : « herpes généralisé » (?) C'est à l'âge de 13 ans que, pour la première fois, elle a eu une adénopathie cervicale, siégeant du côté gauche, et qui s'est fistulisée. La suppuration a duré plusieurs mois : on en voit aujourd'hui les traces sous la forme d'une cicatrice dépigmentée et irrégulière.

Jusqu'à son mariage — à 22 ans — l'adénite n'a plus suppuré, lorsque, lors de sa première grossesse, au troisième mois environ l'adénopathie augmente de volume et l'un des ganglions se ramollit et s'ouvre à la peau. Quelques mois après l'accouchement, tout rentre progressivement dans l'ordre, lorsque, 3 ans plus tard, la malade se trouvant de nouveau enceinte voit son adénite reparaître et évoluer exactement comme lors de sa première grossesse : les ganglions semblent seulement un peu plus nombreux.

Dans l'intervalle de ses grossesses, madame B... déclare être parfaitement bien portante.

Elle est actuellement enceinte pour la troisième fois. Sa grossesse date de 7 mois environ, et, depuis le 3^e mois de la gestation, les adénopathies ont, comme les autres fois, fait leur réapparition. La malade ne s'en serait point inquiété outre mesure, étant donné ce qui s'était toujours passé en pareil cas, mais cette fois-ci, elle se sent particulièrement lasse, et tousse depuis plusieurs mois.

Nous avons, en effet, affaire à une femme amaigrie, anémiée, asthénique, ayant perdu l'appétit et sujette à des poussées de fièvre vespérale plus ou moins importantes. Elle a, de plus, quelques sueurs nocturnes.

De chaque côté du cou, bordant la branche horizontale du maxillaire inférieur il existe un chapelet ganglionnaire, formé de plusieurs éléments, dont la taille varie de celle d'une amande à celle d'un petit œuf. Les 2 ganglions les plus antérieurs l'un à gauche, l'autre à droite de la ligne médiane, sont fluctuants, mais ils ne sont pas encore fistulisés.

La ponction exploratrice de l'un d'eux ramène du pus,

assez bien lié, que l'examen direct montre constitué uniquement par des lymphocytes, mais où l'on ne trouve aucun germe. Un cobaye est inoculé, qui mourra tuberculeux quelques mois plus tard.

Cette malade ne rejette aucune expectoration. L'examen de ses poumons fait constater de la submatité de toute la fosse sus-épineuse du côté droit : il existe à ce niveau de nombreux râles sous-crépitants et un foyer de petits craquements.

La radiographie confirmera les données de la clinique : outre un encombrement hilaire important, avec des calcifications anciennes éparses dans les deux champs pulmonaires, mais dont les contours sont entourées par une sorte de halo, on voit que toute la partie supérieure du poumon droit est voilée et floconneuse.

Le père de Mme B..., âgé de 63 ans est hémiparétique depuis plusieurs années. Sa mère est morte subitement à 53 ans après être restée paralysée pendant trois années. Ses enfants, quoique un peu chétifs, sont bien portants. Son mari n'a jamais été malade.

La réaction de Wassermann est positive dans son sang.

Nous n'avons pas eu l'occasion de revoir cette malade à qui nous avons conseillé d'entrer à l'hôpital.

L'histoire de cette scrofule, telle que nous avons pu la recueillir, est pleine d'intérêt : elle montre l'action néfaste de la grossesse chez les malades atteintes d'une lésion tuberculeuse, quel que soit l'organe intéressé, le surmenage qu'elle inflige à l'organisme et la décalcification qu'elle entraîne révélant et aggravant les manifestations bacillaires.

préexistantes, mais dont l'évolution était arrêtée. C'est ainsi que chez Mme B... nous voyons à chaque nouvelle grossesse les accidents tuberculeux se révéler plus francs qu'ils n'avaient été lors de la précédente gestation. C'est, en particulier, la première fois que des troubles sérieux de l'état général ont obligé la malade à consulter et ont fait porter le diagnostic de l'atteinte pulmonaire.

OBSERVATION XI

Enfant scrofuleux — grosse amélioration par le traitement anti-syphilitique.

L'enfant D... Robert, âgé de 7 ans vient consulter au dispensaire de la rue de Belleville pour des troubles de l'état général, le 12 juin 1928.

Le père est bien portant, la mère est morte d'une affection des voies respiratoires (vraisemblablement tuberculose) ; elle avait eu 6 grossesses, sur lesquelles deux enfants seulement sont encore vivants. Sur les 4 autres, il y a eu 2 fausses-couches, un mort-né et un enfant mort à 5 mois (méningite ?).

L'enfant qu'on nous présente est chétif et pâle ; les bosses frontales sont exagérément développées, les lobules des oreilles sont soudés, il a de la blépharite et quelques croûtes d'impétigo près des narines et des commissures labiales. Un grand nombre de dents sont cariées : les incisives sont, de plus, striées et irrégulièrement implantées : mais ce sont encore des dents de lait. Voûte palatine ogivale.

Cet enfant porte du côté gauche du cou une petite ci-

catrice dépigmentée, consécutive à une adénopathie dont il aurait été opéré à l'âge de 2 ans. Il existe, de ce même côté, une adénite sous-maxillaire formée de ganglions durs, mobiles, assez bien isolés les uns des autres ; le plus volumineux d'entre eux est gros comme une noix. Les téguments sont normaux et il n'existe aucune douleur. Il existe quelques petits ganglions axillaires et inguinaux.

Il n'y a aucune modification des différents autres appareils. La température est normale.

La cuti-réaction à la tuberculine est fortement positive et la réaction de Wassermann est trouvée négative. Poids : 22 kgs 350.

L'enfant est mis au traitement par les injections de sulfarsenol ; une injection de médicament lui est administrée tous les cinq jours, la première étant de 6 centigrammes, la dose étant progressivement augmentée de 6 centigrammes à chaque injection jusqu'à 24 centigrammes ; on reste ensuite à cette dose qui est administrée 8 fois.

A la fin du traitement, l'enfant s'est développé ; il mange avec appétit, a engraisé de près de 2 kgs, l'amélioration des adénites est notable : le gros ganglion ne dépasse plus le volume d'un gros haricot ; les ganglions axillaires se sont peu modifiés.

L'enfant est envoyé à la campagne et nous n'avons pas eu l'occasion de le revoir depuis.

Cette observation est un exemple de ce que nous avons très fréquemment observé : le remarquable développement d'un enfant scrofuleux et l'amélioration

des accidents qu'il présente sous l'influence du traitement spécifique.

OBSERVATION XII

Adénopathie tuberculeuse chez une hérédosyphilitique, vraisemblablement contractée auprès d'un malade mort de tuberculose aiguë. Echec partiel du traitement anti-syphilitique.

M... Jeanne, âgée de 12 ans, nous est amenée à la consultation du dispensaire de Belleville pour une adénite cervicale, le 27 mai 1928.

Son père, avec qui elle a vécu jusqu'à l'âge de 10 ans, est mort de tuberculose à marche rapide (il n'a été malade que 5 mois). Sa mère a fait 2 fausses-couches et a perdu 2 enfants en bas-âge (méningite ?) 2 autres sont vivants. Une réaction de Wassermann pratiquée dans son sang s'est montrée négative.

La fillette que nous examinons est pâle, chétive, fatiguée : on lui donnerait 8 ans à peine. Elle n'a encore aucun caractère sexuel secondaire.

On remarque de suite l'augmentation de volume de la région cervicale, constituée par des masses de la grosseur d'un œuf de poule, siégeant au-dessous de l'angle du maxillaire des deux côtés.

Ces tuméfactions, de consistance ferme, mobiles sur les plans profonds, sont recouverts de peau saine : de ces masses ganglionnaires partent de chaque côté des chapelets de ganglions plus petits, gros comme de petits haricots, plus palpables que visibles, et qui se continuent avec des ganglions semblables dans le creux sus-

claviculaires. Il existe également des paquets ganglionnaires dans les aisselles et les plis inguinaux.

Elle aurait ces ganglions depuis plus d'une année.

La partie antérieure du thorax est le siège d'une circulation collatérale qui se prolonge du haut jusqu'au devant du cou et les bras, en bas sur l'abdomen.

Il existe de la submatité du sommet gauche en arrière, avec inspiration rude et soufflante à ce niveau : le souffle a presque un timbre amphorique. Exagération des vibrations sans bruits adventices, broncho-phonie et retentissement de la toux.

En avant, matité rétro-sternale débordant dans le deuxième espace intercostal gauche où l'auscultation permet d'entendre quelques râles sous-crépitants et du retentissement de la toux.

Les autres appareils sont normaux. Il y a le soir une légère élévation de la température. L'enfant tousse peu, ne crache pas et la recherche du bacille de Koch dans les selles s'est montrée négative.

La radiographie montre une grisaille de 2 sommets, plus marquée du côté gauche où il existe quelques marbrures. Hiles très encombrés.

La cuti-réaction est fortement positive.

Le Wassermann est faiblement positif dans le sang.

Poids 29 kg. 250.

Nous soumettons l'enfant au traitement par le sulfarsénol. Les injections sont faites au rythme habituel d'une tous les cinq jours, la première de 12 centigr., les suivantes à des doses progressivement croissantes de 6 centigr. à chaque injection jusqu'à 30 centigr., 8 injections à cette dernière dose.

Le traitement est admirablement supporté, et nous constatons, à la fin de la série d'injections, une amélioration notable de l'état général, l'enfant s'est développée, elle a gagné 1 kg. 500, mais ses ganglions se sont peu modifiés. L'enfant part alors à la campagne.

Cette observation est un exemple d'une tuberculose torpide, vraisemblablement contractée auprès d'un malade atteint de bacilliose aigüe, et évoluant sur un terrain entaché de syphilis.

OBSERVATION XIII

Adénopathies cervicales suppurées ayant débuté dans l'enfance. Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse. Poussées évolutives de la bacilliose pulmonaire et aggravation parallèle de l'adénopathie.

M. L..., ouvrier bijoutier, âgé de 21 ans, entre à l'hôpital de la Charité, salle Corvisart, le 5 mai 1928, pour tuberculose pulmonaire.

La mère de ce malade est bien portante. Elle aurait fait 2 fausses-couches. Son père a été tué au front. Il n'a ni frère, ni sœur.

C'est à l'âge de 7 ans qu'est apparue pour la première fois du côté gauche, une adénite cervicale dont on voit aujourd'hui encore les cicatrices caractéristiques. Le sujet n'a pas eu d'autre maladie jusqu'en 1927, où des troubles de l'état général l'amènèrent à consulter à la Charité. Le diagnostic, après examen clinique et radiologique, est alors porté de tuberculose ulcéro-caséuse du poumon gauche, à la suite duquel on propose au malade de lui faire un pneumo-thorax artificiel. Il refuse et se

fait admettre dans un sanatorium. C'est pendant le séjour dans cet établissement qu'apparaissent les adénopathies dont il est porteur aujourd'hui encore.

En janvier 1928, devant l'extension de ses lésions pulmonaires, il accepte le pneumo-thorax qui lui est fait à Cambo : il reçoit, sans incidents, 8 insufflations. Le décollement ne peut être réalisé complètement : dans les régions sous-claviculaires, axillaires et à la base, il existe des adhérences.

Au mois de mars, la température s'allume et devient oscillante, l'état général s'altère, l'amaigrissement fait d'importants progrès, et un épanchement séro-fibrineux du côté du pneumo-thorax apparaît, qu'il faut ponctionner plusieurs fois. Les adénopathies augmentent en même temps de volume. Le malade revient alors à Paris et se fait admettre dans le service.

C'est un sujet amaigri, les yeux brillants, les lèvres un peu cyanosées. Sa température est irrégulière, oscillant entre 37°7 et 39°. Il tousse et expectore d'abondants crachats nummulaires où le bacille de Koch est facilement mis en évidence.

Il a, sur les côtés du cou et dans les régions sous-maxillaires, surtout développés à droite, de gros ganglions, dont deux du volume d'un œuf, sont fluctuants. L'un de ceux-ci est fistulisé. La ponction de l'autre ramène du pus assez bien lié où l'examen direct, après coloration au Ziehl, montre des bacilles de Koch.

L'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire fait constater un hydro-pneumo-thorax gauche, avec signes spelunquaires dans le poumon à peine collabé. On perçoit, à droite, en arrière, dans la fosse sus-épineuse complètement

mate, un foyer de râles sous-crépitaⁿts, avec quelques petits craquements.

L'examen radiologique des poumons n'a pu être pratiqué car, presque aussitôt après son hospitalisation, ce malade a fait une hémoptysie assez abondante qui s'est répétée plusieurs jour de suite et avant la fin de laquelle le sujet quitte le service malgré notre avis.

La radiographie faite 1 an et demi auparavant montre des images en mie de pain à la partie supérieure du poumon gauche, avec 2 images annulaires plus importantes, vraisemblablement des cavernes. Les hiles sont encombrées de grosses calcifications, et, surtout marquées du côté gauche, des travées fibreuses s'étoilent dans tout le champ pulmonaire.

L'examen de l'appareil cardio-vasculaire, des organes génito-urinaires et du système nerveux ne révèle rien de particulier. Le front est olympien, les dents sont crénelées et l'appendice xyphoïde paraît ne pas exister, tous stigmates en faveur d'un terrain spécifique héréditaire.

Psychisme un peu spécial (persécuté neurasthénique et revendicateur).

Cette observation montre bien que des accidents scrofuleux, même apparus précocement n'immunisent nullement le sujet qui en a été atteint contre l'apparition ultérieure d'une tuberculose pulmonaire. On voit également qu'une poussée évolutive de la bacillose pulmonaire peut s'accompagner d'une aggravation parallèle à l'état ganglionnaire.

Nous avons observé un grand nombre de cas identiques à celui-ci.

OBSERVATION XIV

Tuberculose fibro-caséuse du poumon et tuberculose ostéo-articulaire (spina ventosa et abcès froid costal) chez un sujet syphilitique depuis 18 ans.

Le nommé R... François, boulanger, âgé de 42 ans, entre à la Charité, salle Corvisart, lit n° 38, le 11 novembre 1928 pour bacillose pulmonaire.

Les accidents pour lesquels le sujet se fait hospitaliser ont débuté deux ans auparavant par une atteinte de l'état général, un amaigrissement marqué, de la toux avec expectoration bacillifère, de la température. L'examen du poumon ayant démontré l'existence de lésions unilatérales, un pneumo-thorax est institué, puis le malade part dans un sanatorium de Pau où il séjourne pendant un an.

De retour à Paris au mois d'août 1928, les signes fonctionnels et généraux qui avaient à peu près disparu font leur réapparition : R... se plaint d'être sans forces, il a perdu l'appétit, tousse et crache de nouveau. En même temps il voit apparaître en divers points de son squelette et de ses téguments une série d'accidents locaux : nodosités multiples des coudes, ostéite de la dixième côte droite, spina ventosa de l'index gauche. La réaction de Wassermann pratiquée dans son sérum sanguin s'étant montrée fortement positive, il est traité par l'acétylsan, puis par le cyamure de mercure. Sous l'influence de ces diverses médications, les nodosités regressent notablement et l'état général s'améliore un peu.

Mais — tout traitement ayant été ensuite suspendu — depuis le mois d'octobre, le sujet va de plus en plus mal, et c'est ce qui le décide à entrer à l'hôpital.

Jusqu'à l'âge de 24 ans ce sujet n'avait jamais été malade : c'est alors qu'il contracte la syphilis pour laquelle il reçoit une série d'injections arsenicales suivie d'une série d'injections intra-musculaires (probablement mercurielles). Il n'a fait depuis aucun traitement jusqu'en 1928. Pendant la guerre il a eu une hydarthrose du genou droit, qui est resté depuis partiellement ankylosé.

C'est, nous l'avons vu, deux ans avant son entrée dans le service que s'est manifestée pour la première fois sa bacillose pulmonaire.

Lorsque nous l'examinons, nous le trouvons très amaigri, en proie à une toux quinteuse qui amène une expectoration abondante dans laquelle il est facile de mettre le bacille de Koch en évidence.

L'examen de son thorax montre une scoliose dorsale à convexité droite, avec abaissement de l'épaule. L'amplitude respiratoire est nettement diminuée du côté droit.

A droite, il y a de la matité dans toute la hauteur du champ pulmonaire. Les vibrations y sont fortement perçues à la partie supérieure et l'on entend, à l'auscultation quelques petits frottements pleuraux et de nombreux bruits adventices parenchymateux.

En arrière, les fosses sus et sous épineuses sont mates, et il existe un gros souffle spelunquaire et de nombreux râles humides. Les mêmes signes sont perçus dans l'aisselle.

A gauche, on trouve des signes identiques, mais localisés au tiers supérieur du poumon.

La radiographie confirme les données de la clinique en montrant une infiltration du poumon droit en partie collabé, avec un grosse caverne en son centre, et une

symphyse pleurale de la base. A gauche, image en nid d'abeilles au tiers supérieur du poumon. De nombreuses travées fibreuses rayonnent dans les 2 champs pulmonaires.

Le spina ventosa de l'index gauche s'est ulcéré et un bourgeon charnu assez volumineux, indolent et non inflammatoire fait saillie sur le bord interne du doigt. L'ostéite de la dixième côte droite a donné naissance à un abcès froid sur le point de s'ouvrir.

L'examen du cœur, des vaisseaux, de l'appareil urinaire, du système nerveux ne montre rien de spécial à ce moment : les pupilles égales réagissent à la lumière, tous les réflexes sont normaux.

L'examen rhino-laryngoscopique a donné les résultats suivants : rhinoscopie antérieure, rhinite atrophique des deux côtés ; rhinoscopie postérieure, mucos-pus sur la paroi pharyngée et dans le cavum où l'on constate à droite une queue de cornet ; larynx normal dans son ensemble ; cordes vocales légèrement augmentées de volume, mais ne présentant aucune lésion suspecte.

La réaction Wassermann est fortement positive dans le sang.

Malgré le séjour à l'hôpital, les signes physiques et généraux ne s'améliorent pas : on note bien, du 19 au 25 novembre, une légère augmentation du poids, sous l'influence, peut-être, de la médication hydrargyrique administré sous forme de suppositoires, mais cette amélioration ne persiste pas et la température se met à osciller entre 37°7 et 39°, cependant que l'amaigrissement progresse de jour en jour.

Le 10 décembre, le malade commence à souffrir de la

tête. Cette céphalée augmente les jours suivants, puis s'accompagne bientôt d'un état nauséux, d'agitation, de raideur de la nuque, tous symptômes qui font pratiquer une ponction lombaire le 21 décembre. Celle-ci donne issue à un liquide clair, hypertendu, contenant 200 lymphocytes par mm³ et 1 gr. 40 d'albumine. Après 1 heure de centrifugation, on ne parvient pas à y mettre en évidence le bacille de Koch.

Le 23 décembre le sujet meurt. A l'autopsie, symphyse partielle de la plèvre droite; fonte de la presque totalité du poumon droit avec d'énormes speluncques. Infiltration, avec speluncules du tiers supérieur du poumon gauche. Sur la pie mère, très congestionnée, il existe de nombreux tubercules.

Cette observation est intéressante parce que les lésions pulmonaires de la tuberculose semblent avoir précédé, chez ce malade, les manifestations « froides » de la maladie qui s'est terminée par généralisation méningée. Elle nous montre une fois de plus qu'il n'y a entre les diverses localisations de la bacillose aucun antagonisme: certaines formes nous semblent seulement conditionnées par la nature spéciale du terrain, une syphilis ancienne ou héréditaire en général pour les formes scrofuleuses; nous retrouvons une fois encore ici cette spécificité dans les antécédants du sujet.

OBSERVATION XV

Tuberculose pulmonaire fibro-caséuse chez un scrofuleux. Traitement par l'antigène méthylique tuberculeux et le cyanure de mercure.

S... Akli, âgé de 21 ans, travailleur marocain, entre salle Corvisart, lit n° 11, le 24 mai 1928, pour une adénopathie sous-maxillaire droite.

Il avait déjà été hospitalisé dans le service en 1926 à la suite d'une hémoptysie, et son ancienne observation mentionne qu'on avait trouvé à cette époque, une spelunque au sommet du poumon droit; l'expectoration était alors bacillifère.

Après un séjour de 4 mois à l'hôpital, il se sent assez valide pour se remettre au travail, lorsqu'il y a deux mois, apparaît une adénopathie dans la région sous-maxillaire gauche. Peu gênante à ce moment, elle a, depuis trois semaines, augmenté assez rapidement de volume. Elle est constituée par quatre ou cinq ganglions siégeant le long du bord du maxillaire inférieur droit, dont le plus volumineux est gros comme un petit œuf, fluctuant, ramolli; les téguments qui le recouvrent sont rouges et chauds et font présager l'imminence de l'ouverture; les autres ganglions, moins volumineux, ne sont pas ramollis. La ponction évacuatrice du ganglion ramène du pus assez bien lié dans lequel on ne trouve aucun microbe, mais de nombreux lymphocytes: l'inoculation au cobaye tuberculiserait l'animal. Après la ponction, on réinjecte dans la cavité du ganglion un centimètre cube d'iode colloïdal.

L'état général du sujet est relativement bon: la température oscille entre 36°8 et 37°8. Il tousse un peu, mais n'expectore pas. L'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire permet de retrouver les signes d'infiltration de la moitié supérieure du poumon droit découverts deux ans plus tôt.

A la radiographie, image floconneuse avec travées fibreuses, petites speluncules, dans les 2/3 supérieurs du poumon droit. Travées fibreuses de la base gauche. Comparée à celui qui avait été fait lors de son précédent séjour à l'hôpital, ce film montre qu'il y a eu un nettoyage indiscutable de la partie inférieure du poumon droit.

La recherche du bacille de Koch dans les selles permet néanmoins de mettre ce germe en évidence.

Les amygdales du sujet sont hypertrophiées et cryptiques, son cavum un peu enflammé.

La recherche des antécédents de ce malade est rendue difficile parce qu'il parle et comprend mal le français, il nie toute spécificité, mais la réaction de Hecht est franchement positive dans son sang, celle de Wassermann partiellement positive.

Soumis au traitement par des injections hebdomadaire d'antigène méthylique tuberculeux, on lui administre en même temps, du cyanure de mercure selon la technique habituelle. Sous l'influence du repos et des médications employées, le sujet augmente de poids (200 à 400 gr. par semaine), sa courbe thermique qui, sans être très élevée, était un peu anarchique, se régularise, l'adénopathie diminue notablement de volume.

C'est alors que, se trouvant suffisamment amélioré, ce malade quitte l'hôpital pour se remettre au travail. Nous n'avons pas eu l'occasion de le revoir depuis lors.

Autre observation de tuberculose pulmonaire fibrocaséeuse évoluant sur terrain syphilitique et ayant précédé l'apparition d'accidents scrofuleux.

OBSERVATION XVI

Bacillose pulmonaire à forme fibro-calcaire. Adénites cervicales fistulisées et guéries. Syphilis méconnue.

M. L... Louis, 36 ans, inspecteur d'assurances, se présente à la consultation des maladies de l'appareil respiratoire le 10 février 1928 parce qu'il a, assez fréquemment, de petites hémoptysies.

L'aspect général de cet homme est assez satisfaisant, bien qu'il accuse un amaigrissement de quelques kilogrammes depuis quelques mois, et qu'il ait chaque soir un peu de température (38° à $38^{\circ}5$). Il a fait une cure à Cambo, il y a 3 ans, pour une tuberculose pulmonaire du sommet gauche, avec expectoration bacillifère. A l'âge de 24 ans, il a eu une adénopathie cervicale suppurée dont on voit encore les cicatrices cheloidiennes du côté gauche.

A l'examen du poulmon de ce malade, on trouve de la matité du tiers supérieur du poulmon gauche avec quelques râles sous-crépitaants dans cette zone. Il existe de petits frottements pleuraux fins à la base du même côté.

La radiographie montre l'existence de nombreux tractus fibreux parcourant les 2 champs pulmonaires. Les hiles, surtout celui du côté gauche, sont très encombrés. Quelques nodules calcifiés disséminés autour des empâtements hilaires. Le sommet gauche est uniformément gris avec quelques petites tâches floconneuses.

La cuti-réaction à la tuberculine est fortement positive. Le malade tousse, mais n'expectore pas. La recherche du bacille de Koch dans les selles est négative.

Bien que l'examen des divers appareils de ce malade ne révèle rien d'anormal, et bien que rien, dans ses antécédents, tant personnels qu'héréditaire, n'indique qu'il soit syphilitique, M. le professeur Sergent, à qui nous montrons le malade et son film radiographique, nous engage, devant une telle image, à rechercher la spécificité : de fait, la réaction de Wassermann pratiquée à deux reprises dans le sang, sera fortement positive.

Nous soumettons alors le sujet au traitement mercuriel, lui conseillant en même temps d'éviter tout surmenage et d'absorber à chaque repas de la poudre de Ferrer. Il part habiter en banlieue où il observera un repos complet, et d'où il vient une fois par semaine recevoir une injection intra-musculaire de 8 centigrammes d'huile grise. Le traitement est bien toléré et les hémoptysies qui, depuis quelques mois survenaient presque chaque mois, ne se sont pas reproduites. Après huit semaines de traitement, le Wassermann n'est plus que partiellement positif. Nous mettons alors M. L... au bismuth : il reçoit tous les cinq jours, une injection intra-musculaire de Quimby — en tout 16 injections. Le traitement est bien supporté : le malade a augmenté de 3 kgs au cours de cette cure, il ne tousse plus, mais son Wassermann est encore faiblement positif.

Il part alors à la campagne pour deux mois ; nous lui conseillons, pendant son séjour, de prendre pendant 20 jours chaque mois deux cuillers à bouche de sirop de Gibert. Nous le revoyons à son retour : l'état général est excellent, il existe encore de la submatité et quelques râles sous-crépitaux au sommet gauche. Le Wassermann est toujours faiblement positif.

Nous administrons alors 18 injections de BivatoI à ce malade : à l'issue de ce traitement, la réaction de Wassermann est devenue négative et l'état de santé de L... aussi satisfaisant que possible. Il n'a eu aucune hémoptysie depuis le début du traitement anti-syphilitique.

Cette observation présente un quadruple intérêt. Elle montre :

1°) une fois de plus la coexistence de lésions scro-fuleuses et de syphilis,

2°) la coexistence de localisation bacillaire pulmonaire et ganglionnaire,

3°) les bons effets d'un traitement anti-syphilitique non congestionnant, chez un tuberculeux pulmonaire spécifique,

4°) la nécessité de continuer longtemps ce traitement si l'on veut agir avec quelque efficacité sur une syphilis aussi ancienne, en particulier si l'on veut avoir quelques chances de négativer un Wassermann.

OBSERVATION XVII

Coxalgie, adénopathies et tuberculose pulmonaire coexistantes.

M. V..., étudiant russe, âgé de 26 ans, entre à l'hôpital, le 17 avril 1928, salle Corvisart, lit n° 12, pour des adénopathies cervicales et axillaires.

Il a eu, tout enfant, rougeole et scarlatine, puis, à l'âge de 7 ans une coxalgie du côté droit qui le fait immobiliser pendant plusieurs mois et lui laisse un raccourcissement notable.

Réfugié en Turquie à la suite de la révolution russe, il subit de nombreuses privations se met à maigrir, à tousser et à cracher. En 1921, il veut émigrer aux États-Unis, mais la commission médicale américaine s'oppose à son débarquement en lui déclarant qu'il est atteint de tuberculose pulmonaire.

Il vient alors en France, à Cambo, où il séjourne deux ans et demi et où on lui fait, du côté gauche, un pneumothorax artificiel qui s'accompagne bientôt d'une réaction liquidienne avec température. Un laryngologiste consulté par ce malade pour des troubles vocaux, le déclare atteint de laryngite bacillaire. Son expectoration contient alors des bacilles de Koch.

C'est à ce moment (1924) que les adénites cervicales et axillaires font leur apparition.

Il part en 1925 à Hauteville où il séjourne jusqu'en 1928. Le pneumo-thorax est repris, bientôt remplacé par un oléo-thorax. La laryngite guérit, mais les adénopathies augmentent de volume ; il existe des poussées fébriles irrégulières.

C'est alors qu'il vient à la Charité pour y faire traiter son adénite par l'actinothérapie.

Le 18 avril 1928, nous examinons ce malade qui tousse peu et n'expectore presque pas. Il n'éprouve ni douleur, n'a pas de dyspnée, ni de température. Son appétit est excellent.

Sur les côtés du cou et jusque dans les creux sus-claviculaires, on voit les téguments soulevés par des masses bosselées, irrégulières, formées de gros ganglions, durs et indolent. Une masse semblable existe dans le creux axillaire droit, une autre un peu moins volumi-

neuse dans le gauche. Il n'y a pas de réaction ganglionnaires dans les autres territoires lymphatiques.

L'examen du thorax révèle la présence d'un hydro-pneumo-thorax gauche confirmé par la radiographie qui montre, en outre, des images spelunquaires dans le poumon gauche collabé et, au niveau du sommet droit, quelques pommelures, avec de petits ganglions calcifiés aux contours très nets.

Les autres appareils semblent normaux.

On ne retrouve dans les antécédents de ce sujet, aucun signe de syphilis. Son Wassermann est négatif. Sa formule sanguine est la suivante :

G. R.	3.960.000
G. B.	21.600
Polys	69
Grand monos	11
Moyen monos	15
Lymphos	4
Eosinophiles	1

On ne trouve pas de bacilles de Koch dans les crachats ni dans les selles. Cuti-réaction à la tuberculine fortement positive.

Devant l'insistance du malade, on le soumet au traitement par les rayons ultra-violets : cette thérapeutique ne modifie en rien les adénopathies. On le traite ensuite par injections d'antigène méthylique tuberculeux (une injection du 1/4 au 3/4 de cent. cubes tous les 2 jours). Après la 4^e injection, légère élévation de la température: la courbe thermique devient un peu irrégulière et, après la 9^e in-

jection d'antigène, le sujet sort de l'hôpital sur sa demande.

On voit, dans cette observation, que les adénopathies scrofuleuses qui précèdent si souvent de plusieurs années l'éclosion de lésions pulmonaires, peuvent aussi, dans certains cas, apparaître après elles. La tendance fibreuse de la scrofule se manifeste ici, non seulement dans les localisations osseuses et ganglionnaires de la tuberculose, mais aussi au niveau de poumon.

OBSERVATION XVIII

Adénites cervicale et axillaire tuberculeuses et Bacillose pulmonaire chez une hérédo-syphilitique.

Mme M... Suzanne, âgée de 30 ans, sans profession, se présente au dispensaire de Belleville pour une adénopathie cervicale droite, le 21 janvier 1929.

Cette adénite, dont l'apparition remonte à plus d'un an, augmente progressivement de volume depuis quelques semaines, provoquant des douleurs à irradiation auriculaire et pharyngée, ce qui a déterminé la malade à venir consulter.

La malade déclare avoir été traitée dix ans plus tôt par la radiothérapie pour une adénite cervicale gauche et une adénite axillaire du même côté. Elle aurait eu, dans son enfance, une méningite (?) et des convulsions. Son père est mort à 32 ans, d'une affection dont elle ne peut préciser la nature ; sa mère, qui est soignée pour une cardiopathie a perdu 3 enfants en bas-âge. Son mari et bien portant et elle a 2 enfants : l'aîné semble en bon-

ne santé, le plus jeune, âgé de six mois est un grand rachitique avec déformations osseuses importantes et crânio-tabes.

Mme M... a une apparence floride, son facies est coloré, elle est légèrement obèse. Du côté droit, la région rétro-maxillaire est déformée par la présence d'une masse allongée verticalement, large de 4 centimètres environ, d'une hauteur égale à celle de la branche montante. La palpation, qui n'en est pas douloureuse, montre qu'elle n'est adhérente ni aux téguments, ni aux plans profonds et qu'elle est constituée par deux tumeurs ovoïdes, superposées, l'inférieure grosse comme un petit œuf, la supérieure grosse comme une noix, rejetant en avant le lobule de l'oreille.

Il existe également dans la région axillaire, une masse arrondie, dure, mobile, non douloureuse, de la grosseur d'une orange.

Bien réglée, Mme M... déclare n'avoir jamais de température. Elle ne tousse pas, dit-elle, mais l'examen de l'appareil pulmonaire nous fait constater de la matité franche au niveau du creux sus-épineux gauche, avec exagération des vibrations vocales, et, à l'auscultation de cette même zone, des bouffées de râles sous-crépitants, avec quelques craquements.

La radiographie montre des hiles très encombrés, avec de gros ganglions calcifiés. Il en part des trainées fibreuses qui rayonnent dans les deux champs pulmonaires ; le tiers supérieur du poumon gauche est complètement voilé et l'on y voit de nombreuses pommelures.

La malade n'expectore pas et nous n'avons pu faire la

recherche du bacille de Koch dans les matières fécales. La cuti-réaction à la tuberculine est fortement positive.

Tous les autres appareils semblent normaux. La tension artérielle est de 8/12. Le pouls à 60. Il n'y a aucune modification des réflexes. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. La formule sanguine n'est pas modifiée. L'examen du rhino-pharynx ne décèle aucune lésion de ce côté.

Il existe de l'alopécie de la queue du sourcil qui paraît être bien plutôt en rapport avec une imprégnation spécifique qu'avec une insuffisance thyroïdienne (nous n'avons pu faire la mesure du métabolisme basal), car il existe d'autres stigmates d'hérédosyphilis : myopie très accentuée, malformations dentaires (dents crénelées, avec érosions ponctuées, persistance des incisives de lait), axyphoïdie.

La malade est mise au cyanure de mercure, mais le traitement est à peine commencé au moment où nous écrivons notre thèse.

Ce qu'il y a lieu de noter, dans cette observation, c'est encore une fois la coexistence de lésions de tuberculose ganglionnaire et pulmonaire chez une malade dont l'aspect floride et l'absence de signes généraux et fonctionnels importants ne pouvaient guère permettre de prévoir ces derniers. La syphilis héréditaire paraît des plus vraisemblables chez cette malade étant donné les stigmates qu'elle présente et ses antécédents tant héréditaires que personnels.

OBSERVATION XIX

Lupus érythémateux traité par le bismuth.

Mme B... Madeleine, 28 ans, se présente à la consultation du Dr Milian, à l'hôpital Saint-Louis pour une petite plaque rouge et squarreuse, siégeant à la base du nez, du côté droit.

Cette lésion est apparue six ans plus tôt sur la zone irritée par le port d'un lorgnon. Stationnaire pendant cinq ans, cette plaque a commencé à s'étendre progressivement depuis un an, en même temps qu'elle devenait prurigineuse: c'est ce qui a décidé la malade à consulter un médecin.

Celui-ci lui fait 3 applications de Radium, chacune d'une durée de 3 heures: une amélioration nette se produit, mais au bout de quelques mois, la plaque s'élargit de nouveau.

Examen le 10 novembre 1928: à la racine du nez du côté droit, on remarque un placard vaguement ovalaire, de un centimètre et demi sur un centimètre environ, flanqué de deux autres plus petits de la dimension d'une lentille environ. Il existe au pourtour des placards un petit liséré érythémateux. La couleur en est rose terne, la surface recouvert de petites squames sèches, blanc sale. Nettoyée, les plaques laissent apparaître une vascularisation capillaire nette. En un point, zone atrophique légère, se manifestant sous l'aspect d'un petit réseau scléreux et blanc. Ces lésions n'offrent pas d'infiltration nette. Pas de nodules couleur sucre d'orge à la vitropression.

Derrière l'oreille gauche, il existe un élément rose vif,

légèrement papuleux, de forme annulaire, à centre déprimé, évoluant depuis un an environ.

Il s'agit donc de **lupus érythémateux typique**.

L'examen de tous les appareils ne révèle aucun symptôme important. L'état général est assez bon : on ne trouve aucune maladie importante dans les antécédents de cette malade qui, un peu pâle, tousse un peu chaque hiver. Rien ne permet chez elle, de soupçonner la spécificité (héréditaire ou acquise) : la réaction de Wassermann est d'ailleurs négative.

Soumise au traitement bismuthique, elle reçoit, du 17 novembre 1928 au 17 janvier 1929, treize injections de muthanol à 0 gr. 30. Elle est à ce moment considérablement améliorée, presque complètement guérie. Le traitement, suspendu quelque temps pour permettre à la malade de soigner sa denture — elle a un tout petit point de stomatite bismuthique — sera repris ultérieurement.

En résumé, il s'agit d'un **lupus érythémateux considérablement amélioré par un traitement spécifique**, bien qu'aucun signe de syphilis n'ait été décelable chez cette malade.

OBSERVATION XX

Lupus érythémateux avec leucoplasie et taches mélaniques de la muqueuse jugale, guéri par le traitement bismuthique.

C... Eugène, employé, âgé de 52 ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, le 14 janvier 1928, pour un placard érythémateux apparu au niveau de la racine du nez deux mois auparavant.

Ce petit placard est arrondi, de la dimension d'une pièce de un franc, rouge, légèrement papuleux, peu infiltré, recouvert de quelques squames sèches et grisâtres, prurigineux. Il existe deux autres petits éléments papulo-érythémateux, l'un siégeant au bord inférieur du lobe de l'oreille droite, l'autre dans la région temporale du même côté. L'examen histologique d'un fragment biopsié confirme le diagnostic de lupus érythémateux.

Le sujet ne présente rien de particulier dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels. Il nie toute spécificité et la réaction de Wassermann pratiquée dans son sérum est négative : mais il existe sur la muqueuse buccale, surtout nettes dans la région commissurale droite, de la leucoplasie et des tâches mélaniques qui permettent d'affirmer l'existence de la syphilis chez ce malade. L'examen des divers organes de l'économie les montre normaux.

Il est mis à l'huile grise : une injection de 8 centigrammes une fois par semaine. Une légère amélioration semble se manifester après les premières injections, mais elle est peu marquée. La huitième injection n'ayant pas amené de très grandes modifications des lésions, le sujet est mis au traitement bismuthique. Il reçoit du 8 mars au 25 mai 1928, 18 injections de muthanol à 0 gr. 30. A la suite de ce traitement, une notable amélioration est constatée : mais elle ne se maintient pas, et quelques semaines plus tard, il y a rechute de la maladie. Un nouveau traitement bismuthique analogue au précédent est de nouveau institué, et le 18 janvier 1929, le malade se présente à la consultation complètement guéri.

En résumé : *lupus érythémateux* chez un sujet atteint de *sypilis* ancienne et méconnue. Guéri par un traitement spécifique. Celui-ci, comme le prouve cette observation doit être continué suffisamment longtemps chez de tels malades, si l'on veut voir ceux-ci en retirer un bénéfice appréciable.

CONCLUSIONS

1) L'ensemble des manifestations cliniques désigné depuis longtemps sous le nom de « scrofule » répond à un type clinique fréquemment observé à tous les âges de la vie. Ce terme mérite donc d'être conservé.

2) La scrofule ne représente cependant pas une entité morbide. Les aspects sous lesquels elle s'observe sont tels qu'elle paraît être, suivant les cas, tantôt d'origine tuberculeuse, tantôt d'origine syphilitique : mais il n'existe très souvent aucun critérium qui permette de rapporter avec certitude à l'une plutôt qu'à l'autre de ces deux affections la cause déterminante de la scrofule.

3) Chez tous les strumeux que nous avons examiné, nous avons pu déceler la tuberculose, soit au niveau des lésions scrofuleuses, soit à distance d'elles : il ne nous a pas été possible de trouver des symptômes différentiels permettant, par exemple, de ranger certaines adénites strumeuses dans le cadre de la scrofule proprement dite, et certaines autres dans celui de la scrofulo-tuberculose.

La tuberculose nous paraît donc être un des facteurs étiologiques dominant de la scrofule.

4) Mais la recherche de la syphilis chez les scrofuleux nous a également permis de la mettre fréquemment en évidence. Ses manifestations en sont généralement très discrètes : les antécédents des malades doivent être minutieusement fouillés, les signes et

stigmates doivent être recherchés avec le plus grand soin sur tous les organes et appareils de l'économie si l'on veut en trouver quelque trace. Les réactions sérologiques se montrent d'ailleurs assez souvent négatives, car la syphilis de ces malades est toujours très ancienne; parfois acquise, elle est le plus souvent héréditaire.

5) Cette infection syphilitique de longue date, par les modifications humorales qu'elle provoque, crée le « terrain syphilitique », particulièrement propice au développement de la tuberculose.

Celle-ci, sur ce terrain *spécifique*, peut rester latente, mais quand elle se développe, elle le fait suivant un processus particulier, tendant aux localisations, et évoluant d'une façon lente, torpide, froide: la scrofule.

6) La scrofule ne saurait, par conséquent, créer dans l'organisme une immunité vis à vis de la tuberculose pulmonaire: de fait celle-ci est très fréquente chez les scrofuleux. Mais l'influence sclérosante du terrain syphilitique oriente dans le sens fibreux cette localisation pulmonaire de la bacilliose qui, sous la forme scléro-calcaire, nous paraît devoir être considérée comme un stigmate important de spécificité.

7) Le traitement spécifique doit, en conséquence, toujours être tenté chez un scrofuleux, même si l'on n'a décelé chez lui aucun stigmate de syphilis: la constatation d'une tuberculose froide constitue une présomption suffisante en faveur de cette infection pour autoriser semblable thérapeutique.

A condition de respecter les contre-indications propres à chaque médicament employé et de s'astreindre à une étroite surveillance clinique et radiologique de ces malades, on peut sans danger, soumettre tous les scrofuleux au traitement anti-syphilitique.

S'il est appliqué correctement, à doses suffisantes et pendant un assez long temps, on peut en attendre les plus heureux effets. C'est une des modalités de l'« hétérothérapie » qui, en modifiant favorablement le terrain sur lequel se développe cette tuberculose, accentue son évolution naturelle vers la sclérose.

C'est ainsi qu'un peu plus d'un tiers des malades présentant des adénites scrofuleuses, suppurées ou non, que nous avons ainsi traités, ont complètement et rapidement guéri. La plupart des autres ont été très améliorés; aucun n'a vu ses lésions s'aggraver, du fait de cette thérapeutique.

Il est d'ailleurs indispensable d'appliquer en même temps à ces malades le traitement général indiqué chez tous les tuberculeux.

Vu

Le Doyen,
ROGER.

Vu

Le Président de thèse,
Émile SERGENT.

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,
MAURELLET.

BIBLIOGRAPHIE

- AINE. — Etude sur la tuberculose pulmonaire ulcéreuse du premier âge. Thèse de Paris, 1914.
- ALIBERT. — Considérations sur la pathogénie et le traitement de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. Thèse de Paris, 1900.
- J. ALMKVIST. — Tuberculose und tertiar-syphilis (Acta oto-laryngol. VIII, 1925).
- F. ARLOING ET A. DUFOURT. — Quelques conséquences des variations morphologiques du virus tuberculeux. Soc. Médicale des Hôpitaux de Lyon. 31 Mai 1927.
- ARLOING. — Studi sperimentali et clinici sulla infezione da virus filtrabile del la tuberculosi — Conseguenze dal punto di vista della credita tuberculare et della profflass: della tuberculosi dell infanzia (Rev. di patol. e clinica della tuberculosi — 30 Novembre 1927).
- M. ARTONI. — Nouvelle conception des relations de la syphilis et de la tuberculose (Il dermosifilografo — Gazetta di dermosifilografia per il medico pratico — Turin Août 1926).
- AVIRAGNET. — Scrofule (in traité de maladies de l'enfance Grancher Comby et Marfan).
- AVIRAGNET ET HUBER. — Affections broncho-pulmonaires de l'enfance (Congrès de la syphilis héréditaire — 5-6-7 Oct. 1925).

- BABONNEIX. — Hérédo-syphilis et Epilepsie (Monde médical — Juillet 1926).
- BARTHÉLÉMY. — Syphilis et tuberculose (Congrès international de la tuberculose — Paris 1905).
- BAZIN. — Leçons cliniques sur la Scrofule — Paris 1861.
- BENAZET. — Syphilis héréditaire et tardive des os longs.
- BENDA. — La bronchite chronique syphilitique — Thèse de Paris 1927.
- BERIEL. — Syphilis pulmonaire de l'enfant et de l'adulte — 1907.
- BERNHEIM. — Contribution à l'étude des réactions ganglionnaires au cours de l'hérédo-syphilis tardive (Lyon 1923).
- BEZANCON ET CHEVALLIER. — (Revue de la Tuberculose N° 3, 1923).
- BLECHMANN. — Les micropolyadénopathies externes dans la syphilis héréditaire (La Médecine — Août 1928).
- BRISAUD. — Art. Scrofule (Dictionnaire de Médecine et chirurgie).
- BRUNELLE. — Lésions hybrides de syphilis et de tuberculose — Thèse de Lille 1889-1890.
- BRUNER. — Coexistence de lupus érythémateux et d'une tuberculose osseuse diagnostiquée par la radiographie — Przegląd Dermatol. 1926.
- BUFALINI. — Influence de la syphilis sur l'apparition de la tuberculose (Rivista di clinica medica — Firenze Janvier 1927).

- BURNIER (Ph.). — La cuti-réaction dans la syphilis (Annales des maladies vénériennes — Janvier 1914 — N° 1).
- CANNOU ET ORSTEIN. — Traitement du lupus érythémateux par la tuberculine (Arch. of. Serv. a syph. Juillet 1927).
- CASTAIGNE. — Rôle de la syphilis dans la détermination des maladies chroniques, observées dans un service de médecine générale (Journal Médical Français, décembre 1918).
- CALVE. — Traitement de l'adénite cervicale tuberculeuse (L'Hôpital — Janvier 1921).
- P. CARTON. — Diagnostic en conduite des tempéraments — Paris 1926.
- CERNACH. — Skrofulose und Gehörorgan (Die extra pulmonale tuberkulose Bd. II H. 4, 1928).
- CHALBERT. — Valeur semeiologique de la tuberculose fibreuse dans la recherche de la syphilis — Thèse de Paris 1908.
- CHAMBRETTE. — Tuberculose chirurgicale infantile chez les hérédo-syphilitiques et traitement mercuriel — Thèse de Paris 1909.
- CHRETIEN. — De l'influence réciproque des états morbides et en particulier de la syphilis sur la tuberculose (Semaine médicale — 2 Mars 1898).
- CHTAMABA. — A propos de l'étiologie de l'érythème induré de Bazin (Russki Vestnik Dermatologii — méd. Woch. 1926, p. 533).
- COMBY. — Congrès sur la syphilis héréditaire — 5, 7 octobre 1925).

- CONNERTH. — Prognose der skrofule (Deutsch med. Woch 1926, p. 533).
- CORNIL. — Des altérations anatomiques des ganglions lymphatiques dans la syphilis, la scrofule, la tuberculose, la dégénérescence amyloïde et les tumeurs (Journal de l'anatomie et de la physiologie (Paris 1877).
- CZERNY. — Exsudative diathèse skrofulose und tuberculose (Jourb. f. kinderhik Bd. 70 1909, p. 529).
- DARIER. — Précis de dermatologie.
- DANLOS. — Syphilis héréditaire et tuberculose ganglionnaire (Annales de dermatologie et de syphiligraphie 1903).
- DIAS. — Syphilis et tuberculose. Lisbonne 1904.
- DOMINICIS (DE). — Syphilis et tuberculose (Congrès de la tuberculose, 1905).
- DUNCAN — BULCKELEY. — Syphilis and associated infection (Congrès International de médecine 1900 — Section de dermatologie et de syphiligraphie).
- DURAND (H.). — Le virus filtrant tuberculeux (Recueil des leçons cliniques de la Charité).
- ELLIOT. — Traitement de la syphilis chez les tuberculeux (in the S.A. M.A. N° 5 Avril 1919.
- EHRMANN (S.). — Sur le lupus érythémateux (Wien. Klin. Woch. supp. XXXIX).
- ETIENNE. — Evolution de la tuberculose dans l'héredo-syphilis tardive (Congrès français de médecine. Montpellier 1898). Association de syphilis et de tuberculose (Annales de dermatologie et de syphiligraphie — 1896, p. 712).

FEUILLEE. — Action leucopathique du traitement mercuriel (Soc. méd. des hôpitaux, 13 Oct. 1922).

FOURNIER (Alfred). — Traité de la syphilis héréditaire tardive. Discussion du rapport syphilis et infection associées (Congrès international de la médecine 1900 — Section de dermatologie et syphiligraphie).

FOURNIER (Edmond). — Syphilis de l'enfant (in traité Sergent — Ribadeau-Dumas-Babonneix XIX — Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis tardive.

GALLOIS. — Hérédo-syphilis et scrofule (Bulletin médical — 8 avril 1905).

La scrofule et les infections adénoïdiennes (Soc. d'édition scientifique — Paris 1900).

GAMBERINI. — Syphilis, cause directe des tuberculoses pulmonaires.

GASTOU (P.). — La scrofule (Revue d'Hygiène et de médecine infantile T. II. 1904).

GAUCHER. — Diathèse et dermatoses diathésiques (Gazette des Hôpitaux, 9 Nov. 1905).

GENNES (DE). — Art. Scrofule (in traité de médecine Brouardel-Gilbert).

GENEVRIER. — Syphilis et tuberculose chez l'enfant (Bull. Méd. 1923).

GOERKE. — Die skrofulose und der lymphatische Schlundring (die extra-pulmonale tuberculose Bd. II H 4., 1928).

GOUGENHEIM. — Associations de tuberculose et de lésions spécifiques (Société Médic. des Hop. 9 Mai 1878 — Gazette des Hôpitaux 1879).

GOUGEROT ET FILLIOL. — Deux cas d'érythème induré de Bazin avec tuberculides papulo-nécrotiques superposées (Revue de dermatologie et vénérologie — Janvier 1928).

GRANGER. — Scrofule (in Dict. encyclop. de Sciences Médicales, p. 298).

HACKS. — La scrofule des enfants (Fécamp, imprimerie du memorial Gauchois, 1898, 99, 1900, 01).

Compte-rendu du Congrès national périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie (IV^e session — Rouen 1904).

HALLOPEAU. — Syphilis et infections associées (Congrès international de médecine 1900 — Section de dermatologie et syphiligraphie, p. 667).

HUFSCMIDT (G.). — Syphilis secondaire et adénites cervicales suppurées (Réunion de Strasbourg, 15 Janvier 1928).

HUDELO ET RABUT. — Traitement bismuthique du lupus érythémateux (Soc. dermatologie 8 Mars 1926).

Lupus disséminé de la face et des membres (Soc. de dermatologie — 10 Juin 1926).

Fréquence du lupus érythémateux chez les hérédosyphilitiques.

Lupus vulgaire et syphilis (Paris-Médical Mars 1929).

HUTINEL. — Sclérose de l'appareil respiratoire et syphilis héréditaire (Bulletin Médical 21 Mars 1928).

Les causes adjuvantes de la tuberculose (Journal de Médecine, 15 Déc. 1905).

Association de tuberculose et de syphilis (Pédiatrie, 15 Février 1913).

Le terrain hérédo-syphilitique — Masson 1925.

JACQUINET. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques (Thèse de Paris 1894-95).

JAMBON. — *Tréponèma pallidum* dans les tissus des hérédo-syphilitiques (Thèse de Lyon, 1906).

JAMIN. — Die skrofulose (Münch. med. Woch. 1926).

JEANSELME, LEFEVRE ET BUREAU. — Syphilides lichénoïdes, alopecie généralisée et adénopathie cervicale fistulisée (Soc. de dermatologie, 10 Décembre 1927).

JEANSELME ET BURNIER. — Fréquence du lupus érythémateux chez les hérédo-syphilitiques (Congrès de dermatologie, 28 Juillet 1928).

LANDOUZY. — Associations morbides — Syphilis et tuberculose, Paris 1895.

Conférences cliniques (Charité 1881).

LAUNAY ET BRODIER. — Maladies des vaisseaux lymphatiques (Traité de clinique — Le Dentu, Delbet).

LAURENTIN. — Syphilis et tuberculose (Sud-Médical et chirurgical, 15 Décembre 1925).

LEFEVRE. — La syphilis chez les scrofuleux (Thèse de Paris, 1805).

- LELOIR. — Combinaison de la scrofulo-tuberculose et de la syphilis (Congrès pour l'étude de la tuberculose 1895, p. 183).
- LELONG ET RIVALLIER. — Syphilis et tuberculose — L'anergie syphilitique (C.R. Soc. Biologie fév. 1923).
- LE MER. — Influence de la syphilis sur la tuberculose pulmonaire — Thèse de Lyon, 1920-1921.
- LEMONNIER. — Phtisie syphilitique et phtisie compliquant la syphilis — Thèse de Paris 1890.
- LEREBOUCKET. — Hérédo-syphilis et tuberculose (Progress Medical 1923).
- Scrofule et tuberculose (Progress Medical, 2 Juin 1923).
- LEREDDE. — Etude sur une forme ignorée de la syphilis pulmonaire (Paris Medical 15/9/17).
- Congrès de la syphilis héréditaire, Octobre 1925.
- Syphilis et tuberculides — Essai de médecine étiologique (Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et syph. Paris 1923).
- LERI (A.). A propos de l'étiologie du rachitisme (Bulletin de la Sté Médicale des Hôpitaux — 19 Juin 1925).
- LIEK (E.). — Syphilis und tuberkulose (Klin Woch. IV. 1925).
- LONGIN. — Hybrides de syphilis et de lupus — Thèse de Paris 1905.
- LYON (Jammes). — Quelques points de contact entre la tuberculose pulmonaire et la syphilis (Société Médicale de Massachusset (6 Juin 1926).

LORTAT-JACOB ET LEGRAIN. — A propos du traitement bismuthique du lupus érythémateux (Soc. de dermatologie 13 Janvier 1927).

MARCLAND (R.). — Danger des arsenobenzènes chez les syphilitiques tuberculeux (Soc. médicale des Hôpitaux de Paris, 23 Mars 1928).

MARFAN. — Archives générales de médecine — 1885.
La scrofule, conception ancienne, conception nouvelle (Paris Médical, 1^{er} Janvier 1927).

MAURY. — A propos de deux cas de scrofulo-tuberculose multiple — Thèse Paris 1928.

MERCIER DES ROCHETTES. — Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose et de la syphilis héréditaire (Thèse de Paris 1922).

MERKLEN, DEVAUX ET DESMOULIERES. — Sur quelques aspects méconnus de la syphilis (Paris-Médical, mars 1921).

MERY. — Syphilis héréditaire (Revue générale de clinique et de thérapeutique — Paris 1903).

MERY ET TERRIEN. — Un cas de syphilis pharyngée et pulmonaire ayant simulé de tout point la tuberculose (Soc. de pédiatrie, 20 Juin 1905).

MILLU (T.). — Dilatation des bronches et hérédo-syphilis chez l'enfant (Archives de médecine des enfants, 1924).

MILIAN. — La syphilide acneiforme, dite lichenoïde miliaire, est une symbiose syphilitico-tuberculeuse (Bull. de la Soc. de dermat. et syph. Février 1925).

Les variétés pathogéniques de l'hérédo-syphilis (La médecine — Nov. 1925).

- Les principes du traitement de la syphilis (Journal médical français, mars 1923).
- Biotropisme (Paris Médical 11 Avril 1927 — 21 Juillet 1920).
- L'hétérothérapie (Bull. et mémoire de la Soc. des Hop. 1921, Paris-Médical, 6 Nov. 1920).
- Biotropisme microbien par agents physiques (Revue française de derm. et vener. — Juin 1927).
- MILIAN ET PERIN. — Tuberculides papulo-nécrotiques, acnitis et lichen scrofulosorum chez un malade hérédo-syphilitique atteint d'une adénite tuberculeuse (Bull. Soc. de derm. et syph. 1923).
- MILIAN ET SALLES. — Hérédo-syphilis de seconde génération (Bull. Soc. de derm. et syph., 10 Mai 1921).
- MOUSSU. — Syphilis et tuberculose — Thèse de Paris 1900.
- NADAL. — Sclérose pleuro-pulmonaire et médiastinite de l'enfant et hérédo-syphilis (Thèse de Paris, 1919).
- NANTA. — La syphilis ganglionnaire tardive (Sud Médical et chirurgical, 15 Déc. 1925).
- NOBÉCOURT ET PAISSEAU. — Médiastinite tuberculeuse chez un enfant hérédo-syphilitique (Société médicale des Hôpitaux, 16 Déc. 1920).
- NOBÉCOURT. — Syphilis congénitale et tuberculose chez les enfants (Journal des Praticiens — 1924).
- NOGUES MORE (de Barcelone). — Conférence sur la syphilis héréditaire, Octobre 1925.

OLIVEIRA. — La tuberculosis de los sífilíticos (Semana med. 1925).

PAJALS (V.). — Formes scrofuloïdes de la syphilis (La Pediatría esp., 20 Août 1910).

PASCALIDES. — Syphilis et tumeurs blanches (Thèse de Paris, 1904).

PATOIR (G.). — Syphilis et tuberculose — Influence spéciale de la syphilis sur certaines formes de la tuberculose, scrofulo-tuberculose (Presse Médicale 16 Janv. 1901).

PETIT (G.). — Syphilis et tuberculose (Courrier Médical 1926).

PINARD Marcel. — Le terrain eczémateux et la conduite du traitement (Soc. Méd. Hôp. 20 Oct. 1922).

PIÉRY ET ROSHEM. — Grandeur et décadence de la diathèse scrofuluse (Paris Médical 1924).

POTAIN. — Syphilis et tuberculose pulmonaire (Gazette des Hôpitaux 1893 — Semaine médicale 6 Février 1895).

Un cas de tuberculose avec bacilles constatés très amélioré par le traitement spécifique (Journal de médecine et de chirurgie pratique 1885).

Association de syphilis et de tuberculose (Gaz. des Hôpitaux 1888).

POTERIN DU MOTEL. — Sur la tuberculose syphilitique (Union Médicale — 1878).

POUZIN (Mlle). — Adénopathies hérédosyphilitiques du cou (Thèse de Paris 1915).

BAVAUT ET BOCAGE. — Traitement du lupus érythémateux par le novarsenobenzol (Annales de dermatologie et de syphiligraphie — décembre 1926).

RAVAUT. — Les sels arsenicaux dans le traitement des tuberculides (Soc. de derm. 8 Mars 1926).
Action du traitement anti-syphilitique sur l'eczéma et diverses affections cutanées en rapport avec des phénomènes de sensibilisation (Société médicale des hôpitaux 13 Oct. 1924).

RENON. — Evolution de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques (Tuberculose in La médecine — Mai 1920).

ROHMER. — Sur la définition actuelle de la scrofule (La Médecine N° II, Août 1924).

SCHERBER. — Über die Wechselwirkungen zwischen syphilis und tuberkulose (Wien. Med. Wochenschrift — 1925).

SERGEANT (E.). — Syphilis et tuberculose (Archives Générales de médecine 1905).

A propos d'un cas de pneumopathie syphilitique (Journal des Praticiens 22 Décembre 1906).

Syphilis et tuberculose (Masson 1907).

Evolution et traitement de la tuberculose chez les syphilitiques (Presse Médicale 14 Octobre 1908).

Syphilis de l'appareil respiratoire (in Précis de syphiligraphie de Gaucher 1909).

Valeur semeiologique de la tuberculose fibreuse dans la recherche de la syphilis (Progrès médical 26 Avril 1913).

Les éléments de diagnostic de la tuberculose chez les syphilitiques (Bulletin médical — avril 1913).

Formes scrofuloïdes de la syphilis (Bulletin médical — 28 Mai 1913).

Etudes cliniques sur la tuberculose (1918).

Scrofule, scrofulo-tuberculose et syphilo-scrofule (Revue de médecine 1920, N° 2).

Etudes cliniques (1921).

Etudes cliniques et radiologiques sur les malades de l'appareil respiratoire (1922).

Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire (1926).

Scrofule (tuberculose, in traité de pathologie médicale, Maloine 1926).

Bronchite chronique et emphysème (in Grands syndromes respiratoires — 1^{er} fascicule).

Mal de Pott et syphilis (Journal des Praticiens 1926).

SERGEANT ET COTTENOT. — Syphilis et tuberculose pulmonaire fibreuse (Sc. de Médecine 1^{er} Mai 1923).

SERGEANT ET DURAND. — Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire (Ac. de Médecine 1^{er} Mai 1923).

SERGEANT ET HAAS. — La Médecine (mai 1920).

SEZARY. — Traitement bismuthique du lupus érythémateux (Soc. de dermatologie, 8 Mai 1928).

SIMON ET WICKHAM. — Contribution à l'étude de la cuti-réaction à la tuberculine chez les syphili-

- tiques (II^e congrès de dermatologie — Strasbourg 20-27 Juillet 1923).
- SPIELER. — Skrofulose und tuberkulose (Leipzig und Wien 1920).
- SPILLMANN (M. L.). — Ulcère de jambe chez une fillette de 13 ans traité sans succès comme scrofulide — Sérologie négative — Guérison rapide par les arsenobenzènes (Réunion Dermatologie de Nancy 26 Janv. 1927) — Bulletin de la Sté de dermatologie et de syphiligraphie février 1927).
- SPIRO LIVIERATO. — Le tissu lymphatique tuberculeux et scrofuleux considéré au point de vue de l'action qu'il exerce sur l'évolution de la tuberculose expérimentale (Annales de médecine, août 1922 — N° 2).
- THAON. — La tuberculose et ses rapports avec la scrofule (Progrès médical, 12 Juin 1878).
- TRUVES. — Syphilis héréditaire tardive et tuberculose chirurgicale (Conférence sur la syphilis héréditaire 5-7 Octobre 1925).
- VERNEUIL. — Modification of syphilis in tuberculose (Stram int. méd. led. congress. London 1881).
- VERNES, BRUG ET GAGER. — Syphilis et tuberculose C.C.R. Soc. de biologie 1925.
- VILLEMIN. — C.R. Société médicale des hôpitaux 1881.
- WEILL. — Sur la fréquence de la syphilis dans les affections viscérales (Annales et bulletins de la Société Royale des Sciences médicales de Bruxelles 1923).

WICKHAM (P.). — Skrofule und Haut tuberkulose
(Dermatologieche Zeichschwift — 1925).

WONCE. — Syphilis des poumons (Boston medical
and surgery journal — novembre 1913).

